

Universidad Nacional de Rosario,

**Centro de Estudios Interdisciplinarios Instituto de la Salud
“Juan Lazarte”**

Maestría en Salud Pública

Título de la tesis:

“Reinserción Social del paciente con secuelas de Injurias Térmicas”

Tesista: Bioq. **Juan Ángel Canella**

Director: Dr. **Mario Roberto Rovere**

Índice

I - Introducción	6
I.1- Generalidades.....	6
I.2 - Las sobre-exigencias sociales en la imagen corporal	8
I.3 - Desde la observación y la reflexión	9
II - Planteo del problema	11
III - Objetivos	12
III.1 - Objetivo General.....	12
III.2 - Objetivos específicos:	12
III.3 - A modo de hipótesis	12
IV - Marco teórico	14
IV.1 - Subjetividades con requerimiento de continuidad de cuidados	14
IV.2 - La categoría de “Monstruo” – “Monstruosidad”	15
IV.3 - Valor Cultural de la estética.....	19
IV.4 - Modelo médico hegemónico.	22
V - Estado del arte en la problemática de pacientes secuelesados.....	25
V.1 Qué se investiga en el mundo	25
V.2 - Modelos de tratamientos del objeto de estudio, según Sistemas de Salud.....	27
V.2.1 - Colombia:.....	28
V.2.2 - Otro Sistema, otros cuidados. Cuba:	31
VI - Análisis de situación	35
VI.1 - Los hospitales como ámbitos de atención y ámbitos de reclusión.	35
VI.2 - El Modelo Médico.....	36
VI.3 - El Hospital – Los inicios desde Kirschbaum	36
VI.4 - Ubicación geográfica	39
VI.5 - Hospital de Quemados – Funcionamiento.	40
VI.6 - La salida de la institución. Algunas dudas sobre el retorno al propio hábitat.....	42
VI.7 - Parámetros de impacto	43
VI.7.1 - Estadística–Algunos datos cuantitativos referidos al Hospital	44
VII - Metodología.....	45
VII.1 - Exploración cuantitativa - Un anclaje en la Epidemiología	45
VII.2 - Análisis de parámetros, con sus respectivas variables	48
VII.2.1 - Sexo	48
VII.2.2 - Nivel de educación	49
VII.2.3 - Etiología	50
VII.2.4 - Origen del incidente que provoca la Internación	51

VII.2.5 - Distribución corporal del daño	52
VII.2.6 - Procedencia del paciente	53
VII.2.7 - Otros datos epidemiológicos.....	54
VII.3 - Exploración cualitativa.....	55
VII.3.1 - Análisis de entrevistas a pacientes secuelesados	60
VII.3.2 - Análisis de ejes o categorías:.....	64
VII.3.3 - Otras entrevistas - Informantes claves:	73
VIII - Conclusiones y propuesta	83
VIII.1 - Buscando una herramienta de Intervención en Salud Pública.....	83
VIII.2 - Planificación de una respuesta	84
VIII.2.1 - Deconstrucción de la problemática	86
VIII.2.2 - Menú de programación	91
VIII.3 - RED como respuesta	94
IX - Epílogo	99
X - Anexos	102
X.1 - LEY N° 153.LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES-.....	102
X.2 - Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional	104
XI - Bibliografía:	108

Lista de figuras

Figura 1: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del sexo.	Pág. 48
Figura 2: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del Nivel de Educación.	Pág. 49
Figura 3: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función la Etiología.	Pág. 50
Figura 4: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del Motivo de la quemadura que provoca la Internación.	Pág. 51
Figura 5: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función de la distribución del daño corporal.	Pág. 52
Figura 6: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función de la procedencia.	Pág. 53
Figura 7: Distribución de grupos etarios de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del sexo.	Pág. 54

Lista de tablas

Tabla 1 – Característica de pacientes que fueron dados de alta de la Unidad de terapia intensiva del Hospital de Quemados en el año 2016.	Pág. 47
Tabla 2 – Distribución de grupos etarios en función del sexo, de pacientes que fueron dados de alta de la Unidad de terapia intensiva del Hospital de Quemados en el año 2016.	Pág. 54

Agradecimientos

Se suelen cometer varios actos de injusticia cuando se llega a esta necesaria etapa, en estos tipos de trabajos ya que de una u otra forma son varias las personas que colaboraron y siempre alguna por desatención se escapa de la lista.

En primer lugar y por respeto a la vida misma, lo hago para los cuatros pilares que me dan sentido, mis padres Norma y Juan que me mostraron toda la paleta de valores y a mis dos hijos, Pedro y Francisco, destinatarios de los mismos.

Agradezco de manera muy particular a mis compañeros de la cursada de la maestría, la mayoría de los cuales son realmente un lujo de militantes de la Salud Pública.

A los docentes, jurados y todo el personal que, con su esfuerzo, hace posible este espacio de formación de postgrado, en especial a la Dra. Débora Ferrandini, ejemplo de compromiso social.

Forma parte de esta lista, destacadamente, cada uno de los entrevistados, pacientes, y profesionales, cuyos aportes son el soporte de este trabajo.

No quiero dejar pasar a verdaderos Maestros/as que cada uno de ellos/as, a su medida, marcaron este camino de la bioquímica a la Salud Pública. Alejandra Guzmán, Armando Horcajo y Jaime Kovensky, en el inicio. Luego el querido Paco Maglio y desde allí en una siguiente etapa, a mis compañeros de ALAMES, con un particular reconocimiento a una de las personas más generosa que he conocido, el Dr. Giglio Prado.

A quienes de una u otra forma vertieron su experiencia en formas de consejo, como Verónica González y Gabriela Cormick.

Por último, si de generosidad hablamos, en párrafo aparte, agradezco especialmente al Director de mi tesis, el Dr. Mario Rovere, que desde los años de la cursada de la Maestría me fue abriendo diversas puertas las que fueron fundamentales en mi crecimiento en el campo de la Salud Colectiva. Vale mencionar un diferenciado espacio que, gracias a su convocatoria, pude incorporarme a la Universidad Nacional de La Matanza en el departamento de Salud, permitiéndome formar parte de una experiencia que será, sin duda, un hito en la formación de profesionales de la salud.

A todas estas personas y a las que ayudaron en cada uno de los peldaños, en los que profesionalmente he ido transitando, muchas gracias.

Reinserción Social del paciente con secuelas de Injurias Térmicas

"Lo más profundo que hay en el hombre es la piel".

Pául Váleri.

I - Introducción

I.1- Generalidades

Las injurias térmicas, básicamente quemaduras, son lesiones generalmente de la piel, aunque pueden afectar otros tejidos orgánicos, causadas por diversas fuentes de calor, como por ejemplo calor por radiación, radioactividad, electricidad, fricción o el producido por una reacción exotérmica al contacto con algún producto químico. La piel es el órgano más grande, más fino y uno de los más importantes del cuerpo humano. Las funciones de la piel son fundamentales para mantener la homeostasis (equilibrio interno) y la supervivencia. Se producen anualmente según estadísticas, a nivel mundial un estimado de 265.000 muertes por incendios solamente, al año. Cifra a la que habría que agregar las muertes por otro tipo de quemaduras, para las cuales no se dispone de datos globales.

Es en los países de menores ingresos, es donde se registra más del 96% de quemaduras fatales quedando millones de personas con discapacidades y desfiguraciones para toda la vida, a menudo con el estigma y el rechazo resultantes.¹

En el caso de Argentina se registran alrededor de 190.000 personas quemadas por año, el mayor porcentaje de esas quemaduras se producen en el hogar o en circuito laboral, ámbitos donde con medidas adecuadas se podría reducir y prevenir. Se

¹ Según OMS Prevención de violencia y lesiones en el capítulo de Quemaduras
http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/burns/en/

estima que un 10 % de estos casos necesitan atención general y el 1 % de los mismos puede terminar con secuelas graves o muerte.²

En el ya clásico esquema de Leavell y Clark sobre niveles de prevención, el continuo de atención no termina hasta lograr la máxima rehabilitación física y social posible del paciente. Clasificado como Prevención Terciaria se hace referencia a todo tipo de acciones que tengan por objetivo la recuperación ad integrum de la dolencia manifiesta, por medio de un correcto diagnóstico, tratamiento y la debida rehabilitación física, psicológica y social en caso de secuelas.

Aunque este esquema resulta muy difundido, no siempre es practicado. Si bien en el caso de los discapacitados motores resulta bastante aplicado, es mucho menos interpretado en el caso de las discapacidades generadas como consecuencia de quemaduras y otras injurias térmicas.

La posibilidad de analizar esta problemática desde el principal hospital especializado en pacientes quemados de la Argentina puede aportar tanto, a llamar la atención sobre esta dimensión en el país, para ponerlo en la agenda de Salud, como para desarrollar nuevas modalidades prestacionales más integrales e interdisciplinarias.

Cualquier persona, que hasta ese momento llevaba una vida normal, puede sufrir un accidente, o puede padecer una agresión que tenga como resultado un porcentaje de su cuerpo quemado con diversos grados de profundidad.

En Argentina, los casos más graves son derivados al Hospital de Quemados, la institución pública de máxima complejidad sobre esta problemática en el área metropolitana de Buenos Aires, donde luego de un tiempo en que queda expuesta a un agresivo tratamiento, es posible que alcance el alta de la institución. Esta persona sale del hospital monovalente, especializado en pacientes quemados, pero es externada de una forma que dista mucho del objetivo de los profesionales del Hospital, quienes consideramos que la máxima satisfacción, producto de nuestra labor, es reintegrar una persona sana a la sociedad.

La simple observación de los lugares de procedencia, como así también de los variados contextos sociales, en los que se producen los accidentes; las agresiones o incluso las auto agresiones, forman parte de un largo listado de variables poco tenidas en cuenta por el sistema de salud, hacia allí es “arrojado” el paciente, pero en condiciones de mayor vulnerabilidad. Algunos de estos pacientes durante sus tratamientos, sufren amputaciones de miembros o muchas veces presentan

² Según Asociación Argentina de Quemaduras en el informe sobre incidencias <http://aaq.org.ar/3-quc383c2a9-es3f>

marcadas cicatrices, alguna de ellas del tipo queloide, que pueden provocaren un gran número de casos una disminución de la autoestima, como así también discapacidad o minusvalía, lo que llevaría a pensar que su inserción social, será al menos dificultosa. Dichas secuelas, suelen afectar la vida social, la vida familiar, produciendo problemas psicológicos, que lejos está de ser saludable.

Es de esperar que un paciente quemado grave, tenga un prolongado proceso de internación. La contención que brinda el hospital en esta etapa llega a su fin en el momento del alta produciéndose una serie de temores producto de la inseguridad, los se expresaran de la más diversas formas. Miedo a las miradas ya sean familiares, o un particular temor si hay niños de por medio, miedo a la calle, a no recuperar su vida social, miedo a la nueva relación con la pareja, si la hubiere. Miedos a los reencuentros.

El aislamiento al que se confina, le marca la pérdida de contención que el hospital le daba en el periodo de internación. Periodo para nada placentero, pero un mundo común, al fin y al cabo, con otros miembros de la particular comunidad de los afectados por similares dolencias.

1.2 - Las sobre-exigencias sociales en la imagen corporal

Vemos necesario hacer una breve introducción de uno de los factores que consideramos claves en este trabajo, que es la construcción social que ha tenido la estética. Si bien, sucedió luego de la Segunda Guerra Mundial donde se ponen en juego las estrategias de propagandas y guerra psicológica haciendo uso de la publicidad, en nuestra sociedad ocurrió alrededor de la década del '70, donde se expresa de manera más explícita el nacimiento de la sociedad de consumo, en plena asociación con la imagen corporal. Una idea inocua aparentemente, aborda al mundo corporativo, al principio no fue observada con un fin político y solo se percibía al ver revistas de negocios, o ciertos libros que daban mágicas recetas, de cómo ser “un triunfador” en esta sociedad.

El accionar de estos modelos publicitarios, fue tomando forma y logró equiparar a una marca comercial con un determinado estilo de vida. Se vendían marcas en lugar de productos. Llegada la década de los '90 había cada vez menos opciones debido a la consolidación corporativa. Las marcas tenían su logo y se usaba el logo, se compraba el logo y no el producto. El uso de la imagen era lo que apuntaba al producto. La imagen, el logo, llevaba consigo la sensación de confianza.

En el templo del mercado, el altar de la imagen tiene su notorio espacio y si bien la estética siempre jugó cierto rol en la sociedad, el dominio de la imagen se hizo cada vez más vigente con el papel de la publicidad.

Detrás de este mundo cultural, hay una censura silenciosa, pues no se expresa, no solo que se deja de lado al ciudadano para convertirlo en consumidor, sino que se atropellan otros preceptos éticos como las condiciones laborales y también, en función de los modelos portadores de esas imágenes, se van generando parámetros de bellezas que se deben reproducir, no solo en quien porta el logo, sino en quien lo vende en un comercio y quien lo publicita. El sujeto, para pertenecer, debe quedar adherido al logo, a la marca, perdiendo identidad de sujeto.

Por último, cabe en el desarrollo introductorio hacer un breve comentario sobre el recorrido profesional.

1.3 - Desde la observación y la reflexión

Desde el año 1993, trabajo en el Hospital de Quemados, como bioquímico de guardia con extensión a planta. Habiendo pasado por otras instituciones hospitalarias y sabiendo que cada una de ellas, tiene su particularidad, no tengo duda alguna que el Hospital de Quemados tiene rasgos, características únicas a las que no se puede permanecer indiferente.

Como profesional de la salud tuve formación en la Bioética, siendo el presidente del primer Comité de Bioética que tuvo el Hospital de Quemados, cargo que luego volvería a tener en dos oportunidades más. En la mencionada formación, tuve el privilegio de haber interactuado con un referente del campo bioético: Francisco (Paco) Maglio, quien me lleva a formar parte de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica (SAMA), sociedad en la que terminé siendo miembro de la Comisión Directiva. Fue allí donde hice dos cursos de Introducción a la antropología en salud, los que sin lugar a dudas, me marcaron un camino e hicieron que entrenara una mirada, más allá del microscopio.

La finalización del primero de los cursos, incluía entrevistar un paciente. Al llegar ese momento, luego de la entrega de todos los trabajos que cada módulo implicaba, hice saber a mi tutora, Leila Mir Candal y al propio Paco, que daba por finalizada mi actividad, más allá que no tuviera la aprobación del curso. El motivo, era que yo como bioquímico, no entrevistaba a pacientes, salvo algún simple interrogatorio

sobre medicación que tomara o condiciones a la hora de las extracciones sanguíneas. Ambos docentes me impulsaron, sin embargo, a realizar la tarea.

Ingresé una tarde en la habitación de un paciente internado y por más de dos horas lo estuve entrevistando. Recuerdo el caso: se trataba de un paciente hemipléjico de miembros inferiores, que se había quemado una de sus piernas y debían amputarla. Si bien esa pierna no cumplía su función, estaba totalmente deprimido por la pérdida. Su historia de vida, su contexto social y una realidad difícil de imaginar desde mi práctica, amplió definitivamente mi mirada en el campo de la salud.

II - Planteo del problema

Es la Organización Mundial de la Salud quien nos define: “La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo”. Por tal motivo las personas con discapacidad deben tener acceso a una atención médica general y a servicios adecuados de rehabilitación. Podemos agregar al respecto que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad establece que los países deben garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud apropiados, incluida la atención sanitaria general y servicios de habilitación y rehabilitación, y no sufran discriminación en la prestación de servicios de salud. La OMS apoya activamente la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas en estas esferas”.³

El problema de indagación de esta tesis es manifestar que:

“El hospital público especializado en injurias térmicas más complejo de la Argentina se limita a una atención de urgencia, básicamente clínico-quirúrgica y carece de servicios integrales de rehabilitación para sobrevivientes secuestrados de grandes quemaduras”

³ La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas o Derecho internacional de los derechos humanos. Enuncia en su preámbulo que las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, han reconocido y proclamado que toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en esos instrumentos, sin distinción de ninguna índole
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

III - Objetivos

III.1 - Objetivo General

Explorar una realidad oculta relacionada a la necesidad de un servicio de rehabilitación integral, afectado no solo para la fase de internación, sino también a la fase ambulatoria, para pacientes con grandes secuelas por quemaduras, que mejore la calidad de vida de estos sujetos afectados involucrando al hospital especializado, completando de esta forma el ciclo de atención, incluida la denominada prevención terciaria.

III.2 - Objetivos específicos:

Para poder llevar a cabo el objetivo general, que nos proponemos, es necesario transitar por una serie de objetivos específicos.

- Indagar sobre las características socio-demográficas de la población en estudio.
- Determinar las causas mediatas e inmediatas y las localizaciones de las secuelas producidas por las injurias térmicas.
- Informarse sobre lo que significan las vivencias en estos sujetos, al ser externados
- Analizar con perspectiva de “continuidad de cuidados” la estructura y el funcionamiento del Hospital de referencia, para abordar la problemática de los pacientes secuelados.
- Sistematizar las bases para una propuesta que dé respuesta a la situación planteada.

III.3 - A modo de hipótesis

Aunque se trata de una tesis de carácter exploratorio subyace el supuesto que la incorporación de un servicio de rehabilitación física, psíquica y social en el Hospital de Quemados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mejorará la calidad de vida de los pacientes secuelados y la calidad de los servicios al ser complementados en un modelo de atención que integre todos los niveles de prevención.

La fundamentación de esta necesidad, se realizará observando con detenimiento ciertos aspectos de la vida de estos pacientes, que muestren que la atención recibida para recomponer su salud, es al menos incompleta. Significando esto una contención inconclusa en momentos donde la vulnerabilidad se manifiesta con mayor severidad.

IV - Marco teórico

IV.1 - Subjetividades con requerimiento de continuidad de cuidados

“Los problemas de identidad del presente son también problemas subjetivos, involucra al sujeto en todas sus dimensiones: social, cultural, educativo y en el sistema de salud.” Esto señala Jorge Gissi⁴ dando un amplio marco por donde se rescata la identidad. Esta afinidad necesaria para sentirse incluido socialmente es la que está en riesgo en estos pacientes gravemente secueledos por injurias térmicas. Las quemaduras suponen un importante impacto físico y psíquico agravado por el recuerdo del trauma vivido, el sufrimiento y dolor del cuidado de las lesiones y el tratamiento. El cambio brusco en el estado de salud influye directamente en la calidad de vida posterior. Las secuelas alteran la imagen corporal, la autopercepción y la autoestima. El concepto de secuela posquemadura queda englobado en la actualidad en el marco general de “calidad de vida” es decir la percepción de salud experimentada y declarada por la persona. Por ser pacientes, con riesgo social, crónico e inestable psicológicamente, estarían reuniendo algunas de las condiciones necesarias para ser incorporados a algún proceso de soporte asistencial, el cual posee, como eje principal la información necesaria para el cuidado que proviene de la atención al paciente y su familia. Este proceso que se ha dado en llamar Continuidad de cuidados⁵. Este concepto que tiene sus orígenes en los cuidados paliativos, es fuerte en la disciplina propia de la enfermería y en España, en un principio. Estas actividades se han ido extendiendo a diversas profesiones y diferentes organizaciones de varios países.

Para poder llevar a cabo estrategias de continuidad de cuidados las instituciones sanitarias tienden a establecer distintos mecanismos organizativos entre los que cabe destacar: la formación profesional, la planificación y toma de decisiones en comisiones interinstitucionales e interdisciplinarias, los sistemas de información de las historias clínicas, la valoración interdisciplinaria, el trabajo interdisciplinario

⁴ Gissi, J. Psicología e identidad Latinoamericana. Universidad Católica de Chile. 2006. En este libro, el autor analiza cómo se expresa la identidad latinoamericana a través de la obra de cinco premios Nobel de literatura, lo cuales plasmaron en sus respectivas obras ideas consistentes con muchos de los aspectos de la identidad latinoamericana. El análisis se realiza desde la psicoantropología de la identidad, mostrando una reivindicación de identidad, autoestima e integración cultural en nuestro continente

⁵ Sánchez – Gomez MB, Duarte- Clíments G. “Continuidad de cuidados de Enfermería: Requisitos instrumentos y barreras. En Enfermería en Atención Primaria II de la colección de Cuidados Avanzados. Editorial DAE 2006

mediante protocolos, la provisión de servicios, el seguimiento y la retroalimentación profesional

La discriminación estética, es fácilmente observable, por ejemplo, en ofertas de trabajo donde se exige "buena presencia física" o en sitios donde "se reservan el derecho de admisión" no permitiendo la entrada, comúnmente en espacios de ocio. La discriminación significa diferenciar, separar una cosa de otra. La discriminación estética, se produce cuando una persona es tratada en forma desfavorable a causa de alguna malformación o un daño estético por prejuicios impuestos por la sociedad.

IV.2 - La categoría de "Monstruo" – "Monstruosidad"

Son los propios pacientes quienes nos llevan al análisis de algunos artículos sobre la identificación de "monstruos" la que se otorgan ellos mismos. A partir de allí se van dando una serie de conceptos que podríamos decir, que se superponen entre el terreno de la psiquiatría y el territorio que se propone estudiar esta tesis

Aristóteles consideró que dentro del "mundo natural" hay acontecimientos "contrarios a la naturaleza", los llama también "movimientos violentos". Es en ellos donde este filósofo de la antigua Grecia sitúa a los monstruos⁶.

Vale mencionar, como el concepto de "mundo natural" guarda cierta relación con la idea del cosmos, desde el punto de vista del orden. Lo anti – natural, estaría representado por la amenaza del caos, lo que agrede al cosmos.

Es habitual atribuirles a los monstruos, cierta incapacidad o imposibilidad regenerativa, lo que conlleva una idea de anti natural ligada de por sí, al concepto de monstruo.

A lo largo de la historia de la humanidad, lo monstruoso ha alcanzado diferentes representaciones, aunque siempre bajo un denominador común: lo que escapa a lo normal, lo que desordena el orden establecido. Su presencia visibiliza una no pertenencia. Ante este escenario, es evidente suponer que de lo monstruoso deviene el miedo, el terror. Ese concepto de "normal" del cual escapa lo monstruoso, es una construcción cultural, social con cierto marco de referencia histórico, estético y ético. De allí que la categoría de "lo normal" se modifique con cada época y lugar. La

⁶ Aristóteles, Traducción de Marcelo Boeri (1993) Física, Libro II, 8, Buenos Aires, Biblos La concepción de lo monstruoso como algo anti-natural deriva probablemente de la incapacidad o imposibilidad regenerativa que, con razón o sin ella, se ha solido atribuir a los monstruos. "EL SUEÑO DE LA RAZÓN ENGENDRA MONSTRUOS" - <https://www.oei.es/historico/salactsi/tef08.htm>

noción de “lo normal” nace de los cuerpos, dogmas estos, de la gestión política cultural. Los cuerpos de la anormalidad son el espacio en que las sociedades registran sus límites, y sus miedos.

Es determinante el concepto descriptivo que utiliza en su obra “Lo fantástico, lo monstruoso” Bradford, Maia Lucía:

“...El exceso y el caos que significa lo monstruoso están presentes en su definición. La primera acepción del diccionario de la RAE define al monstruo como una producción contra el orden regular de la naturaleza. Se plantea así una oposición binaria que estipula que la naturaleza se corresponde con la regularidad y el orden, en cambio, lo monstruoso con el desorden. La segunda acepción vincula lo monstruoso con lo fantástico al postular al monstruo como “ser fantástico que causa espanto”. Se equiparan aquí las entidades pues se considera al monstruo como una de las formas de lo fantástico, de aquello que no pertenece a la “realidad”. Además, desde esta consideración, los efectos surgidos del encuentro con lo fantástico o lo monstruoso son también equiparables al mencionarse el espanto, que entendemos como consternación, miedo o desequilibrio, efectos todos que hemos descrito como producidos por el suceso fantástico...”⁷

Es evidente y notorio los conceptos elevados por esta autora. Por un lado, el orden, lo natural, lo que familiar y cotidianamente nos rodea, por otro lado, en esa contraposición binaria, lo que está por fuera, que al no ser natural, entra en la órbita de lo fantástico, lo sobrenatural, lo desconocido y ello no puede producirnos otra sensación que no pase por el temor, el miedo al monstruo y por ser temeroso, es rechazado.

Un párrafo particular, merece el comentario sobre la obra de Michael Foucault, “Los Anormales”, la cual se generó en un curso dictado en el College de France entre enero y marzo de 1975, analizando el problema de “los individuos peligrosos” a quienes denomina “anormales”.⁸ Si bien el estudio es referido a la psiquiatría, existen en el mismo una serie de conceptos que pueden hallarse también en el campo de un paciente discriminado por secuelas de quemaduras.

⁷ Parte la autora reflexionando sobre lo monstruoso como aquello que supera lo aceptable, lo posible, lo natural, considerando a estas categorías, a su vez, como categorías que definen lo real, lo que existe y es, es decir, lo opuesto a lo fantástico. Monstruos y monstruosidades: perspectivas disciplinarias IV / Graciela Aletta de Sylvas... [et al.] ; coordinación general de Nora Domínguez. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, 2016

⁸ Vázquez Roca A. FOUCAULT; 'LOS ANORMALES', Una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* | 34 (2012.2)

El autor hace una clasificación de los anormales, con tres caracterizaciones, “los incorregibles” a quienes relaciona con mecanismos de domesticación del cuerpo,” los onanista” los que dan motivos a orientación el disciplinamiento de la familia moderna y “los monstruos” a quienes identifica porque son los que transgreden las leyes, pero esa transgresión no se trata solamente de leyes del campo jurídico, sino que también los relaciona con las leyes de la naturaleza, es decir, es un dominio jurídico biológico, las que requieren instituciones judiciales particulares como así también lo que Foucault denomina instituciones “marginamente médicas”. Siendo esta última clasificación en la que podemos encontrar ciertas analogías. Sobre todo, si se tiene en cuenta que un paciente quemado, queda en la órbita de la medicina, mientras el proceso es biológico, al considerarse este en una categoría de monstruo, debe caer en una “institución marginamente médica”.

Estos monstruos, los considera como un fenómeno extremo, límite, el punto de derrumbe de la ley y, al mismo tiempo, de la salud y lo natural. El monstruo es así excepcional, precisamente por su rareza, por su condición de atracción circense.

Esto, está planteado desde dos puntos de vistas, uno anátomo-político del cuerpo humano que se sujeta al juego de las disciplinas, quienes imponen al cuerpo con una mecánica biologicista, logrando de esta forma una fragilidad política y una ventaja económica de los individuos. El otro punto de vista al que Foucault se refiere, enfatiza una biopolítica social, donde el cuerpo que forma parte de la especie, ya no es pensado por el poder con mecanismos basados en la muerte, como lo hizo la religión, sino que funcionan como administradores de la vida. Las pautas del cuerpo y los reglamentos que impone la población instituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida.

Teniendo en cuenta que estas observaciones y por ende los conceptos de “monstruos” Foucault los realiza desde las reflexiones sobre la psiquiatría, la que hasta los alrededores de 1850, no estaba considerada como una especialidad médica, sino más bien, como una disciplina referida a la higiene pública, representada a una protección social de todos los peligros que podía acarrear cualquiera de estos individuos. Hubo que patologizar a esos “monstruos”, generarle un *status* de enfermedad, un *status* patológico, para pasar a ser una especialidad médica. Convirtiéndose en una disciplina reguladora de “la normalidad”.

El monstruo, desde la Edad Media, como bien lo muestra Umberto Eco⁹ hasta el siglo XVIII, era esencialmente lo *mixto*, la mezcla de formas, lo defectuoso, lo que está en el límite de lo natural. La aberración monstruosa como viene siendo observada supone una doble individualidad, la mezcla de dos reinos: el animal y el humano, constituyendo por consiguiente, una transgresión de los límites naturales, apareciendo un derrumbe puntual ya sea en las leyes, como en la salud y lo natural.

Foucault, en su análisis termina haciendo un pasaje del “monstruo” a la figura de “Anormal” convirtiendo la monstruosidad en vías de domesticación.

Esta excepcionalidad, planteada por su rareza, combina lo prohibido (estéticamente) con lo imposible, considerando en el caso de la psiquiatría, la construcción del sentido de “individuo peligroso”, encontrando la institución del encierro como una fórmula social. Es en este punto, donde los cuerpos de los pacientes con secuelas de quemaduras, denominados como “monstruos” – “Anormales”, los que para el poder, administrador de la vida, carecen de valor productivo, llegan a la conclusión que su única solución, es el auto encierro.

Este encierro, contribuye a fortalecer el grado de monstruosidad, si es que se le puede dar niveles, ya que en cierta forma el monstruo es el depósito de nuestros temores y en consecuencia, más allá de la secuela objetiva, es posible salir de esa posición de monstruo, no encerrándose. El encierro reproduce el efecto, el mostrarse y enfrentar esa realidad, haría que el otro, pueda superar y pasar por encima de lo aparente.

Sin embargo, se considera que la anormalidad es del otro, y la sociedad pretende poder con ese otro, sin trabajo alguno con la diferencia. Dominar es formalizar. Es ese otro foráneo, ajeno para el orden, al que se lo clasifica, se codifica de monstruo, de pobrecito, de discapacitado, toda una categorización social, de un sujeto no homologable. Discapacitado, es el nombre que recibe ese otro que no responde al ideal armónico y homogéneo, esto produce cierto ruido en el lazo social y bien sabemos, que la condición humana depende de la relación con otros.

Es conveniente tener en cuenta que en el campo de la política social los diagnósticos suelen ser incompatibles con las posibles soluciones dentro de la intervención social, lo que lleva implícito, muchas veces consecuencias, no solo prácticas sino que también ética – políticas. Los diagnósticos sociales visualizan su particularidad en la

⁹ Eco.U. Historia de la fealdad. Ed. LUMEN.2007 Según el autor la fealdad tiene sus propios cánones y una complejidad peculiar sabiéndose de que el concepto cambia con el transcurrir de los siglos ofrece un brillante repaso de la representación de la fealdad en las distintas épocas y culturas.

posibilidad de comprensión de las dificultades que afectan a la población, en la identificación de sus potencialidades y en la pertinencia de sus resultados desde un enfoque que permita una contribución a visibilizar los procesos que conciben y legitiman las diversas formas de desigualdad.

Cuando nos valemos de la investigación en la esfera de lo social, se produce un proceso que utilizando un método científico, nos puede permitir, simplemente obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos, estando así en una investigación pura o aplicada respectivamente.

IV.3 - Valor Cultural de la estética.

“No es la discapacidad lo que hace difícil la vida,
sino los pensamientos y acciones de los demás”
Anónimo-

Si consideramos que los conceptos de “deficiencia”; “discapacidad” y “minusvalía”, se relacionan con la enfermedad, la acción limitada y con la participación restringida, respectivamente, no podemos dejar de relacionar al paciente con secuelas de injurias térmicas, con cualquiera de estos conceptos y las consecuencias de los mismos. Existiendo pacientes que durante sus tratamientos, sufren amputaciones de miembros o muchas veces presentan marcadas cicatrices, alguna de ellas del tipo queloide, que provocarían una disminución de la autoestima, en un gran número de casos, como así también discapacidad o minusvalía, sería de esperar que su inserción social, sea al menos dificultosa. Cabe mencionar que el paciente en cuestión es externado a una sociedad donde la estética tiene un considerable peso cultural.

Liliana Pantano¹⁰ nos dice, al respecto del término discapacidad, “Así expresado pasa a ser un término abarcativo “paraguas o baúl” debajo o dentro del cual, se entienden la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía, que involucra a la persona con un estado negativo o problema de salud en interacción con el contexto, que pueden afectar las actividades y la participación propias del funcionamiento humano.” A continuación, la misma autora, se pregunta ¿Qué pasa en la vida cotidiana? ¿Cómo son denominadas las personas con discapacidad? La clasificación de la OMS cita el

¹⁰ Pantano, L. “Personas con discapacidad. Hablemos sin eufemismos”. Revista La Fuente. Año X, N° 33, Argentina. 2007. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS), parte de la totalidad del individuo, al que entiende como sujeto de derechos y obligaciones

término discapacidad, como la deficiencia en interacción con el entorno, la limitación en la actividad y la restricción en la participación.

La dimensión estética, aparece como recorte en el campo de la cultura en general. La cultura es un complejo sistema de símbolos que operan en las prácticas sociales: arte, mitos, religión y lenguaje son pretensiones autónomas pero integradas a ella. Cada una de estas instancias, son necesariamente dinámicas y se van constituyendo por medio de una relación dialéctica entre la reproducción del orden dado y la creación de nuevas formas, algo así como un equilibrio entre la innovación y la tradición. Este delicado equilibrio, cada vez se desplaza a mayor velocidad, donde los medios y la comunicación en si, son las herramientas indispensables para tales cambios.

Como ya fue mencionado en la introducción, alrededor de la década del ´70, una idea fue abordando al espacio corporativo, al principio, no fue advertida con estrategia definida alguna, fueron apareciendo revistas de negocios, o ciertos libros que daban sorprendentes procedimientos para transformarse en un modelo de sujeto ganador, los valores se mercantilizan lentamente, previa metamorfosis. La sociedad de consumo comenzaba a tomar una particular forma y con ella la cultura ponía su precio.

Esa inocua idea, fue propagando culturalmente y logró identificar a una marca con un estipulado estilo de vida. No era un producto el que se vendía, si no la marca que lo identificaba. Cada vez hubo, con el paso del tiempo, menos disyuntivas debido al afianzamiento corporativo, las marcas tenían su logo y se usaba el logo, se compraba el logo y no el producto. El uso de la imagen era lo que marcaba al producto. La imagen, el logo, reportaba la representación de la certeza.

A tal punto llega esta cultura del logo, que hasta se formaron, organizaciones como tribus de marcas, tribus urbanas buscadoras de una estética que colisione con los valores estéticos tradicionales, persiguiendo en la diferenciación integrarse a su grupo social de pertenencia en una desesperada búsqueda de la propia identidad.

Esos productos devenidos en marcas y luego en logos, no tardaron en expresarse como arquetipos de vida, determinado logo significó la alegría, otros el triunfo deportivo, la vida natural, al aire libre y otras diversas sensaciones eran comercializadas, llegando a ser la propia imagen la que entra en la vidriera de la compra y venta.

El sujeto adquiere distintos valores sociales, en función del logo que coloque en su cuerpo, los atractivos, los encantos van siendo parámetros a reproducir adquiriendo cierta identificación en una construcción social, que transforma a un sujeto, en un consumidor con determinado modelo de imagen, la vestimenta, ornamentos, decoraciones van cotizando en el mercado estético.

El ser, se ve desplazado por el tener, no solo en cuentas bancarias, si no en la demostración de la propia imagen. En la etapa del ser, se contaba con la creatividad como respuesta a cualquier conflicto, la cultura del tener, en cambio se ve envuelta en un déficit libidinal que va generando un empobrecimiento, rechaza lo mismo que va generando, en breves periodos. Los rechazos, no son bajo una perspectiva social, lo que requeriría una reflexión, sino que se buscan imágenes individuales, lo que favorece la discriminación.

Esta construcción social, llega a generar diversos factores de discriminación, como, por ejemplo: por edad; por orientación sexual; racial – xenofobia; por discapacidad; estética; o por otros atributos físicos, como puede ser la estatura, la gordura, etc.

La discriminación estética, es fácilmente observable, por ejemplo, en ofertas de trabajo donde se exige “buena presencia física” o en sitios donde “se reservan el derecho de admisión” no permitiendo la entrada, comúnmente en espacios de ocio, pero también de manera menos explícita en diversos comercios o sitios públicos.

La discriminación significa diferenciar, separar una cosa o persona de otra. La discriminación estética, se produce cuando una persona es tratada en forma desfavorable a causa de alguna malformación o un daño estético por prejuicios impuestos por la sociedad. Es notorio que las exigencias estéticas, han pesado más aun, sobre las mujeres que sobre los hombres, a punto tal que el modelo de belleza impuesto como camino del éxito social y económico ha generado enfermedades psico-culturales particulares como la bulimia y la anorexia que hacen estragos en la población adolescente femenina.

Hemos estado hablando de marcas, en un trabajo sobre inserción social de pacientes con secuelas de quemaduras, si bien mucho se ha escrito sobre la casualidad, su existencia o no, su relación con el destino, no deja de llamar la atención algunos empalmes de conceptos o ideas. Es muy llamativo que uno de los orígenes más extendidos de la palabra inglesa *Brand*, marca, es la que deriva del antiguo término

nórdico *Brandr*, que significa “quemar”, debido a que éste era el método por el cual los propietarios de ganado marcaban a sus reses con símbolos para identificarlas.¹¹

IV.4 - Modelo médico hegemónico.

Según Eduardo Menéndez, el Modelo Médico Hegemónico, puede ser definido como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica.”

Las principales características estructurales de dicho modelo, son, según este autor: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del paciente, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

El biologismo constituye un signo tan incuestionable del modelo, que no aparece analizado en las consecuencias que él tiene para la orientación principal de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. A punto tal que somete en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros horizontes explicativos posibles.

Lo perceptible de la enfermedad es reservado en función de este rasgo, como lo casual, sin dirigir a la red de relaciones sociales que determinan el fenómeno, en sí, de la enfermedad.

Lo biológico no sólo constituye una identificación, sino que es, además, la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. Es el paradigma biológico, la matriz donde el médico en su formación de grado y postgrado aprende a tratar la enfermedad. Teniendo en cuenta, los aportes realizados por la Antropología Médica (Grimberg, 1995 y Mir Candal, 1999) podemos discernir distintas categorías de la enfermedad, la cual, al mejor estilo de un iceberg, nos muestra solo un pequeño porcentaje de la misma, que es justamente la que está en el marco de lo biológico, la mirada del médico. En la parte inferior, invisibilizada, está la biografía, con la mirada del paciente, miradas contradictorias pero siempre complementarias, una de la otra. En una tercera

¹¹ Galgo Rubén - Los orígenes del branding (Parte 1): el hombre como animal simbólico. El autor aclara en esta obra, que la esencia de la identidad visual de las marcas actuales reside en el símbolo, pero no como parte de un imago-tipo o una marca comercial, sino como elemento expresivo de una idea a la que se atribuye un significado *esotérico* (interior, oculto) y otro *exotérico* (exterior, visible por todos).

mirada, encontramos “lo social” articulación de lo histórico, lo ideológico, lo político y lo económico.

Es relevante el planteo que nos presenta Juan Samaja, al mencionar tres posiciones, cuando busca darle entidad al estudio epistemológico de las Ciencias de la Salud.

Una de las posiciones, es la “verdadera perspectiva científica de la salud”, la que se somete los criterios de las ciencias de la naturaleza.

El segundo posicionamiento, se ajusta al concepto de Ciencia Social de la Salud, ya que tanto la salud como la enfermedad, son hechos del campo de las relaciones sociales, valoraciones subjetivas que los actores hacen sobre los hechos.

Por último, el tercer enfoque, que trata de definir la entidad de las Ciencias de la Salud, no se basa ni en ciencia natural, ni en ciencia social. Solo fundamenta construcciones discursivas. Basando el saber crítico, en la deconstrucción de esos discursos.

Samaja, nos presenta estas tres variantes contrapuesta de manera paradigmática, rescatando la figura del “híbrido” entre las tres, que presenta cualquier episodio propio del campo de la salud.

Ante una injuria térmica, estos tres repertorios ontológicos, se conjugan. Entidades naturales, como las que se producen ante una situación clínica y metabólica caracterizada por un insuficiente aporte de oxígeno a los tejidos, pérdida de hemáties, proteínas, respuestas inmunológicas, endocrinológicas, etc. También se presentan, relaciones sociales y situaciones de poder, conflictos familiares, de vivienda, si fue por incendio de su hogar, conflicto laborales y por último, también están presentes las configuraciones discursivas, es decir, construcciones que circulan y construyen una realidad simbólica, por ejemplo...” pobre, cómo quedó”; “Es un monstruo”; y otro tipo de expresiones que construyen una marginación social...

Las tres categorías existen a un tiempo, no hay una categoría que exprese simultáneamente a las tres. Se nos presenta la imagen de observar por medio de un microscopio y que el revólver, portador de las lentes del objetivo, comenzara a girar constantemente a una velocidad invariable y ver simultáneamente, el objeto observado en distintos niveles de complejidad según el aumento usado. Esa es la imagen del híbrido que nos transmite Samaja.

Cabe mencionar que el sistema de salud, tiene su centro de gravedad puesto en las prácticas hospitalarias, lo cual es coherente cuando se basa en la enfermedad y no

en la prevención de la salud. Típico de la formación flexnereana de la mayoría de los profesionales de salud. El paciente quemado no es la excepción en esta regla

¿En qué consiste el alta de un paciente que sufrió graves quemaduras?

Teniendo en cuenta que el concepto que se tiene de salud, se basa en la enfermedad, no sería para nada extraño, que pacientes que han sufrido un accidente de tal magnitud como lo son las injurias térmicas, con alto porcentaje de superficie corporal quemadas, no sean evaluados institucionalmente, una vez dados de alta.

Es importante tener en cuenta que el Hospital de Quemados, es considerado por su comunidad hospitalaria, en su mayoría, un “hospital quirúrgico”, a punto tal, que no posee médico clínico de guardia, con lo que no es de extrañar que a los pacientes, una vez que no tenga más actividad quirúrgica, en su tratamiento, se los considere “sanos” y se les dé el alta. La injuria térmica es considerada una patología aguda. Las consecuencias psico-sociales que produce esta injuria, no son tenidas en cuenta por el Sistema S/E/A/C, de la institución de referencia. Ignorando tal vez el proceso de rehabilitación.

Si existe algún contacto entre el paciente externado y los servicios de Salud mental o de Trabajo Social, solo es como consecuencia de algún turno en el hospital para alguna curación. Se va al médico y de paso se consulta al psicólogo o al trabajador social, es el famoso “ya que estamos”

Este estado incompleto de salud, es una expresión más de las dificultades de la eficacia del saber biomédico. Fundamentado en el modelo médico hegemónico, donde prima el aspecto biológico por sobre lo social o lo psicológico.

V - Estado del arte en la problemática de pacientes secueles

V.1 Qué se investiga en el mundo

Desde diversas disciplinas y en variados países, se trata la problemática de la debida contención a pacientes secueles de graves quemaduras.

En un interesante estudio que se realizó en Santiago de Chile, en la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación ¹² se analizaron los “Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado”

En el trabajo de esta tesis, las autoras se marcaron como objetivo identificar la presencia y relevancia de elementos facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado. Por medio del análisis de relatos de un grupo de pacientes se logró reconocer la existencia y valoración que le asignan a los elementos facilitadores de su proceso de rehabilitación, así como los cambios en las dimensiones biopsicosociales que un evento de esta magnitud generó en sus vidas.

Importante es la valoración de estos elementos facilitadores, sobre todo en el primer año a partir del alta hospitalaria. La Evaluación de calidad de vida relaciona con la salud en el primer año después de la quemadura estudiada en Brasil por Echevarría-Guanilo M.E y col¹³, quienes por medio de un estudio longitudinal, que fue realizado en adultos internados en una Unidad de Quemados, 73 individuos (18 mujeres y 55 hombres), concluyeron que los dominios Aspecto físico y Aspectos emocionales presentaron el mayor compromiso en los primeros seis meses después del alta hospitalaria de tratamiento por quemaduras. En general, la calidad de vida relacionada a salud, en los primeros seis meses de recuperación, sería afectada de forma negativa por variables como Superficie Corporal Quemada, visibilidad de las cicatrices y por la presencia de cicatrices consideradas visibles y el sexo en etapa de recuperación más tardía.

Observan también estos trabajos, que las perspectivas que existen actualmente en las intervenciones terapéuticas están más orientados a preservar la sobrevivencia del paciente, que de recuperar y potenciar los ambientes biopsicosociales que envuelven

¹² En una tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología “Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado

”<http://sibumcdigital.umce.cl/gsdcl/collect/tesissib/index/assoc/HASH010e.dir/doc.pdf>

¹³ En una evaluación de calidad de vida relaciona con la salud en el primer año después de la quemadura realizada en Brasil <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0155.pdf>

a éste. Por este motivo son considerados de suma importancia los “Facilitadores”, definidos como aquellos factores en el hábitat de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Abarcan representaciones tales como que el ambiente físico sea accesible, disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y también los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas. Quedan definidos “Facilitadores intrínsecos” como los propios del paciente y como ejemplo, se citan las características de la personalidad; Constancia; Terapéutica; Empatía; Fe; Foco de rehabilitación; Formas de crianza; Resiliencia y Afrontamiento. Y los “Facilitadores extrínsecos”, como externos al paciente, se citan: apoyo económico; apoyo emocional; apoyo familiar; apoyo Kinésico; apoyo multidisciplinario y Redes de apoyo.

En sus conclusiones, las autoras consideran que el tratamiento de los pacientes tiene una deuda con la rehabilitación integral ya que la discapacidad y reinserción social de los pacientes quemados no han sido aún evaluadas en Chile. También se concluye que las quemaduras constituyen un problema de salud pública, ya sea por sus altos costos, por la magnitud de las secuelas que dejan. Las consecuencias y repercusiones a causa de la quemadura, repercuten más allá de las secuelas físicas, afectando de manera importante e incluso mayormente el espacio psicosocial del paciente, su familia y la relación con su entorno, alterando así el equilibrio previo a la lesión.

Un capítulo aparte merece el caso de mujeres que sufren las secuelas de grandes quemaduras. En Río de Janeiro, se realizó un trabajo denominado “Sentimientos experimentados por mujeres víctimas de quemadura.”¹⁴

En realidad, el trabajo constó de una revisión integradora realizada por Carlos Jordão de Assis Silva y col. Se realizó una búsqueda, en función de una serie de protocolos encontrado 70 artículos, de los cuales se seleccionaron 17 con los criterios de inclusión establecidos.

Se concluyó que la quemadura es uno de los traumas más graves que afectan a la salud de las mujeres, ya que además de los problemas físicos, generan trastornos de la imagen corporal, resultando en problemas de orden psicológico y social.

En el estudio, se dan una serie de datos relevantes como para tener en cuenta, como por ejemplo que en Brasil los casos de quemaduras, son un caso significativo de

¹⁴ Una revista de investigación “Cuidado Fundamentos “ Universidad federal del estado de Rio de janeiro
<http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949020.pdf>

Salud Pública En el año 2011 se registraron 1.437 internaciones en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de Quemados, con tasa de óbito del 17,95% de las internaciones, o sea, 258 personas muertas.

La experiencia del trauma está articulada al dolor ya los sentimientos como miedo, preocupación, vergüenza, ansiedad, llanto, tristeza, remordimiento, la soledad, la nostalgia y la culpa seguida por síntomas depresivos.

El cuerpo está directamente asociado a la imagen de poder, belleza y prestigio social, pero cuando es cambiado por lesiones causadas por las quemaduras, termina convirtiéndose problema debido a la deformación de la imagen corporal. Las mujeres, por ser más vulnerables a las presiones de los estándares socioculturales, económicos y estéticos, constituyen el grupo de mayor riesgo para un mayor descontento con el propio cuerpo, así desencadenando sentimientos negativos que interfieren con su calidad de vida. Poniendo en riesgo la autoestima siendo propensas a trastornos tales como fobia, síndrome de pánico, tendencia al suicidio, abuso de alcohol y drogas y el estrés postraumático, siendo la ansiedad y la depresión las más frecuentes, culminando generalmente en aislamiento.

Como podemos observar, en países vecinos poseen problemáticas similares en los casos de pacientes quemados graves, que quedan con pronunciadas secuelas. Quedando pendiente la rehabilitación que reinserte socialmente a estos pacientes.

V.2 - Modelos de tratamientos del objeto de estudio, según Sistemas de Salud.

Es una buena práctica saber que ocurre en otros países, sobre todo teniendo en cuenta el modelo de salud que se implementa. Esto nos puede dar una perspectiva del proceso que estamos investigando y sustentar nuestros objetivos con diversas experiencias.

Los pacientes quemados son un problema de salud pública a nivel mundial tanto por su mortalidad como por su morbilidad. Siendo esta última interpretada en discapacidad. Según datos de Organización Mundial de la Salud en 2002 hubo 320.000 muertes por quemaduras en el mundo¹⁵. De acuerdo a la Asociación Americana de Quemaduras, que lleva el registro de 70 centros de quemados de Estados Unidos de Norteamérica en su base de datos, entre el 2000 y 2010 hubo 148.000 egresos hospitalarios por quemaduras, 5.540 muertes y un gasto

¹⁵ Según OMS en su artículo de prevención de violencia y lesiones, en el capítulo de quemaduras World Health Organization. Fact sheet about burns 2010. <http://www.who.int/topics/burns/en/>, Consultado en noviembre de 2011.

aproximado por tratamiento de pacientes quemados de 1.000 millones de dólares al año¹⁶.

Esta serie de cifras, nos indican que estamos frente a una problemática de la Salud Pública, que es resuelta en diferentes países, según su Sistema de Salud.

Tomamos como ejemplos dos sistemas que se encuentran en las antípodas del concepto ideológico de la Salud y vemos las diferentes formas de enfrentar semejante problemática, consideramos que este detallado análisis debe formar parte del estudio, ya que el contexto y las políticas que se llevan a cabo, en diferentes sistemas, nos indican la perspectiva en que se razona las problemáticas de la salud. Todo enfoque en que se estudie y se propongan diversas soluciones para, por ejemplo, este caso de reinserción social de pacientes con secuelas de injurias térmicas tiene distintas representaciones según los valores que formen la matriz del sistema.

V.2.1 - Colombia:

El dominio de organismos económicos internacionales sobre la estructuración y funcionamiento del sistema de salud colombiano, entra en contradicción con lo prometido en la Constitución Política. Esta discordancia, se ve reflejada en la gran cantidad de litigios judiciales, que se establecen, tristemente en este país

Las reformas de los sistemas de salud latinoamericanos, durante los últimos 25 años, dispuestas por el Banco Mundial, con una ideología neoliberal, han determinado cambios esenciales en el perfil como se administran los recursos y se atiende a la población. Por una parte, se ha encaminado por la defensa de los principios de equidad, eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción del usuario, y por otra, se busca la descentralización de los servicios, la privatización y la delimitación de los planes de beneficios

Políticas sustentadas en estudios de costo-efectividad, que resten importancia a la inversión en terapéutica con la participación de la empresa privada en la administración de los sistemas de salud son las necesarias para la implementación de este sistema.

La Ley 100 de 1993 tuvo como objetivo que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) respetara el derecho inalienable a la salud consagrado en la

¹⁶ Según la American Burn Association. National Burn en su publicación Incidencia y tratamiento de quemaduras en los Estados Unidos: 2016. <http://ameriburn.org/who-we-are/media/burn-incidence-fact-sheet/>

Constitución de 1991. En el artículo 49 de la Carta Magna colombiana se establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado. Es decir, una concepción igualitarista aplicada a la salud que se basa en el principio de igualdad de beneficios integrales para toda la población. Surge con esto una contradicción con el Banco Mundial, ya que este proyecto del neoliberalismo estimula a la instauración de un plan de beneficios básico, por encima del cual cada individuo es “libre” de cubrir sus propios gastos en salud.

Como conclusión, el Estado colombiano debe adecuarse a la población por un lado y al Banco Mundial, por otro. Algunos autores han demostrado que los principios son quebrantados en su totalidad y que solamente las peticiones del Banco Mundial se toman en cuenta a la hora de ejecutar el sistema. Se puede traducir como un Sistema donde la responsabilidad es del Estado y el negocio es de las instituciones privadas.

El financiamiento se centraliza en el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), a través de dos subcuentas: una para el régimen contributivo, financiado por el aporte de empleados y trabajadores independientes, y otra para el subsidiado. Teniendo derechos a planes de beneficios elementales o Plan Obligatorio de salud, pudiendo ampliar la cobertura a través de la compra de un plan complementario (medicina prepaga).

La administración del sistema está en manos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para uno y otro régimen, quienes contratan al sector prestador de servicios.

Las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) son las que se hacen cargo de brindar atención a los usuarios a todos los niveles, desde la prevención hasta la rehabilitación de la salud. Los servicios son contratados con los aseguradores y son cancelados después de un complejo proceso de facturación, auditoría y conciliación de cuentas.

Los pacientes con quemaduras agudas en Colombia son necesariamente atendidos, bien o mal, por el Servicio de Salud. Sin embargo, una vez externados, tengan o no cobertura sanitaria, no reciben la atención necesaria para su rehabilitación.

Las empresas promotoras de salud, que reciben una cuota por usuario afiliado, tratan de limitar al máximo las atenciones para aumentar sus ganancias. En caso de dar respuesta, esta no es oportuna, no es de calidad, ni continua. La mayoría de las veces logran esta atención presentando el recurso jurídico de las tutelas que las obliga a prestar el servicio que niegan.

Las ciudades capitales de Colombia tienen pequeñas Unidades de Quemados con 6 a 10 camas, ninguna con Unidad de Cuidados Intensivos su mayor número son camas pediátricas. Bogotá, ciudad con el mayor número de egresos hospitalarios del país; tiene 2 centros de atención especializados para pacientes quemados: el del Hospital de la Misericordia, con 15 camas de Pediatría y la Unidad de Quemados del Hospital Simón Bolívar, con 55 camas, 15 de Pediatría, 10 de Cuidados Intensivos y el resto de adultos.

La capacidad de las unidades da respuesta a la atención del paciente agudo; una vez concluida esta labor el paciente es dado de alta, regresa a su hospital, a su región o a su empresa promotora de salud; allí su tratamiento carece del equipo especializado y no tiene continuidad, ni calidad, ni oportunidad para su rehabilitación.

Viendo que el Estado no garantiza una respuesta acorde se originó la conformación, el 2 de marzo de 1995 de “Piel para Renacer Fundación del Quemado”¹⁷, formada originalmente por 7 profesionales de la Unidad de Quemados del Hospital Simón Bolívar de Bogotá para apoyar la rehabilitación integral del paciente con secuelas de quemadura, con un equipo especializado de profesionales y con tecnología de punta para consolidar el tratamiento de los pacientes quemados una vez alcanzada el alta hospitalaria.

En un breve lapso de tiempo se pasó de proveer prendas de presión, silicona y cremas protectoras del sol a los pacientes a disponer de la rehabilitación integral, con un equipo compuesto por profesionales de: Cirugía Plástica, Fisioterapia, Psicología y Trabajo Social.

Se creó el primer Banco de Piel de Colombia y en la actualidad cuenta con sede propia y tiene múltiples convenios con organizaciones nacionales e internacionales que le atienden con calidad, oportunidad y eficiencia a un número cada vez mayor de pacientes con secuelas de quemadura. Cabe destacar, cómo el cirujano plástico, ciudadano distinguido al haber podido recibir una educación especializada y contar con todas las oportunidades de trabajo, tiene un espacio de responsabilidad social, pero dentro de un ámbito de Fundación y no de una salud estatal pública.

¹⁷ Fundación que tiene como visión Ser líder nacional e internacional en la promoción, prevención, educación e investigación de los efectos de las quemaduras en el ser humano; especializada en dar un tratamiento médico e integral al paciente tanto agudo como crónico con altos estándares de calidad en pro de mejorar la prestación del servicio y de desarrollo vital a niños, jóvenes y adultos. <http://fundaciondelquemado.org/?v=42983b05e2f2#home?v=42983b05e2f2>

Reconstruir las secuelas de los pacientes quemados y dar respuesta al abordaje del proceso de cicatrización, del trauma psicológico producido por el impacto de la quemadura y conducir la reinserción familiar y social de los afectados. Son las tareas que esta Fundación realiza.

La sede de Fundación se encuentra en Bogotá; dispone de una sala de procedimientos menores para láser, infiltraciones y cirugías con anestesia local. Posee también un área de terapia física, un salón múltiple para talleres y terapias grupales, salón de conferencias y un área lúdica para los niños.

El 98% de las cirugías con anestesia general son ambulatorias, para lo cual la Fundación tiene un convenio con tarifas preferenciales con una de las mejores clínicas privadas de la ciudad de nivel IV de complejidad, la Fundación Santa Fe de Bogotá. Los pacientes son hospitalizados sólo cuando se realiza microcirugía o grandes colgajos con riesgo de sangrado.

V.2.2 - Otro Sistema, otros cuidados. Cuba:

Ya sea por su excelencia y su eficiencia el sistema de salud cubano es mundialmente reconocido. A pesar del bloqueo y las diversas sanciones económicas que impone Estados Unidos que van produciendo una restricción de recursos, desde hace más de medio siglo.

Cuba ha logrado conseguir resultados equivalentes a los de las naciones más desarrolladas, no hubo otro secreto que universalizar el acceso a la salud a toda la población.

“Cuba es el único país que he visto que tiene un sistema de salud estrechamente relacionado con la investigación y el desarrollo en ciclo cerrado. Es esta la dirección correcta, porque la salud humana no puede mejorar si no es con la innovación”. Declaró Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud, mostrándose impresionada por los logros en este campo¹⁸. Quien también enfatizó sobre “...los esfuerzos de la dirección de este país para colocar la salud como pilar esencial del desarrollo”.

Cuenta desde hace cuatro décadas con uno de los sistemas de atención primaria más proactivos del mundo, pilar fundamental, junto a una infraestructura sanitaria de 452 policlínicas.

¹⁸ *Prensa Latina*, « Directora de OMS reconoció labor de Cuba en materia de salud », 16 de julio de 2014.

La OMS recuerda que la falta de atención médica en el mundo no es de ningún modo una fatalidad procedente de una falta de recursos. Traduce, al revés, una falta de voluntad política por parte de los dirigentes de proteger a las poblaciones más vulnerables.

Con una tasa de mortalidad infantil de 4,2 por mil, Cuba presenta el mejor indicador del continente y del Tercer Mundo, reflejando así la calidad de su sistema y el impacto sobre el bienestar de los niños y de las mujeres embarazadas. La tasa de Cuba es incluso inferior a la de Estados Unidos y se ubica entre las más bajas del mundo¹⁹.

Con una esperanza de vida de 78 años, Cuba es uno de los mejores índices del continente americano y del Tercer Mundo, con un indicador similar al de las naciones más desarrolladas. Como promedio, los cubanos viven 30 años más que sus vecinos haitianos. En 2025, Cuba dispondrá de la mayor proporción de personas de más de 60 años de América Latina²⁰.

En Cuba el Estado regula, financia y presta los servicios de salud. Es la respuesta al principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo cual define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS), siendo el Estado el único responsable,

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del SNS y, por lo tanto, es quien dirige, ejecuta y controla el destino de las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública, desarrollo de las ciencias médicas e industria médico-farmacéutica.

El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios.

¹⁹ EFE, « Cuba cierra 2013 con la tasa de mortalidad infantil más baja de su historia », 2 de enero de 2014.

²⁰ Oscar Alfonso Sosa, « Crece esperanza de vida geriátrica en Cuba », *Cubadebate*, 29 de abril de 2014.

Los principios regentes del sistema de salud cubano son los siguientes:

- Carácter estatal y social de la medicina
- Accesibilidad y gratuidad de los servicios
- Orientación profiláctica; aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica
- Participación de la comunidad e intersectorialidad
- Colaboración internacional
- Centralización normativa y descentralización ejecutiva.

Al respecto de la atención de los pacientes que reciben graves injurias térmicas, Cuba impulsa el desarrollo de un sistema de atención médica, sobre la base de potenciar formas de atención con mayor nivel y rigor científico-técnico, dotadas de la infraestructura de servicios y medios que garantiza el máximo de eficiencia y protección en el tratamiento del paciente quemado.

Está contemplado tanto el tratamiento como la rehabilitación, a nivel de la atención secundaria de salud y con personal multidisciplinario altamente capacitado. Ellos ponen en práctica los planes preventivos basados en la vida futura del paciente y las decisiones del tratamiento están influenciadas por la preocupación de preservar movilidad, aspectos estéticos y bienestar psicológico.

Después que han sanado las superficies quemadas y los sitios donadores de injertos, todo parece indicar que el paciente ha tenido su alta definitiva, sin embargo, nada más lejos de la verdad, el tratamiento solo se encuentra a la mitad. Todas las quemaduras -desde las más extensas hasta las más pequeñas lesiones- pueden producir incapacidades graves.

Con diversos estudios, ha quedado demostrada la necesidad de emplear el saber físico terapéutico en la atención integral de las quemaduras.

Esta actividad se convierte en la piedra angular de la rehabilitación, ocupando la actividad física y el ejercicio un papel excepcionalmente significativo en el esquema de la curación, rehabilitación y reinserción social. Para esto se cuenta con programas especializados y guías de referencia para la planificación de ejercicios físicos que optimicen la movilidad articular y favorezcan, desde una participación comunitaria, la rehabilitación y reinserción social del paciente quemado a la actividad normal, a través de la práctica de ejercicios físicos pertinentes, equilibrados y adecuados.

La secuela posquemadura, definida por Del Sol Sánchez (2007) como: toda aquella alteración objetiva, funcional, morfológica o estética, y a toda aquella alteración subjetiva (molestias, tiranteses, prurito) directamente relacionada con la lesión sufrida por la quemadura, cuando esta haya finalizado su capacidad de evolución hacia la curación.

Las secuelas posquemadura verdaderas, no son lesiones producidas directamente por la quemadura, sino que son variaciones morfológicas estables, como secuela posterior y definitiva de la curación de dicha quemadura.

Después del alta hospitalaria es necesario en los pacientes que han curado con grandes porcentajes de cicatrices diseminadas y retractiles, en su cuerpo, sigan un programa intensivo de ejercicios activos y pasivos, así como de estiramientos y presión local, para conservar la función articular y restaurar de forma paulatina el movimiento y las capacidades físicas a él asociadas.

La ejecución repetida de los ejercicios físicos durante el día, el empleo racional y alternos de la mecanoterapia, el masaje, los ejercicios en el agua, la terapia funcional, permiten alcanzar resultados positivos y estables en la lucha contra las contracturas de las cicatrices y la inmovilidad articular.

Los ejercicios terapéuticos a utilizar según programas de entrenamiento a pacientes quemados dependen de una serie de características personales tales como

- El diagnóstico del grado de quemadura para dosificar la carga de ejercicios de rehabilitación, la edad, el sexo y los antecedentes de haber realizado ejercicios físicos el paciente.

- La frecuencia del sistema de ejercicios, establecidos como mínimo en tres sesiones por semana, aunque hay casos individuales de pacientes que pueden acudir hasta 5 veces y mejoran más rápidamente sus parámetros funcionales de movimiento.

- La duración, tradicionalmente contemplada en 30 minutos de actividad, aunque pueden extenderse de 45 a 90 minutos, con sesiones divididas en tres partes (10 a 15 de 30 a 40 y 5 a 10 minutos respectivamente) La fisioterapia debe comenzar de forma precoz, para facilitar que el paciente pierda el temor a sufrir dolor y colabore en mayor grado con la terapia.

Los objetivos de la fisioterapia son: Impedir la contractura; conservar el movimiento articular y conservar el tono muscular.

VI - Análisis de situación

VI.1 - Los hospitales como ámbitos de atención y ámbitos de reclusión.

La funcionalidad social y la proyección cultural de los hospitales, fue sufriendo diversas causas que argumentaran su razón de ser. Desde los inicios y aún en la actualidad, algunas trazas encontramos. Existió un desafío, una disputa, para adueñarse de la hegemonía, entre la medicina y la religión. Ambas fueron dando respuestas con el objetivo de establecer la identidad, su sello de legitimación, su firma.

Si bien, cabe destacar, algo tan básico, como que la enfermedad acompaña a la humanidad desde su propio origen, se encuentra documentación que corrobora la existencia de tres tipos de médicos en el antiguo Egipto, es decir, antes del cristianismo. Siendo, justamente, la Roma cristiana, la que introduce las instituciones sanadoras al mundo occidental, de allí surge lo que se tiene como primer hospital de caridad, fundado por Fabiola en el siglo IV.

Fabiola, era hija de un acaudalado comerciante, devota de San Jerónimo, que funda el primer hospital público de Europa en el año 347.

Suena engorroso el apelativo de hospitales a templos religiosos, lugares de hospedajes, donde era común la realización de alguna práctica terapéutica, que por lo general, se fusionaba con la principal acción de asilar.

Según Josep Comelles²¹ “En este proceso es posible distinguir una teorización del cuidado asistencial pensada por los higienistas y aplicada por órdenes e institutos religiosos y por la enfermería laica, un progresivo intervencionismo del Estado de la mano de la beneficencia pública y más tarde de la Seguridad Social que sitúa al hospital en el centro de las políticas de la protección social, la presencia táctica en el hospital medicalizado de las iglesias cristianas que luchan contra la descristianización y la pérdida de su influencia política y tratan de ofrecer una práctica distinta a la vida contemplativa, y una progresiva presencia médica que dio lugar al modelo hospitalario surgido de su refundación como institución diagnóstico – terapéutica...”

²¹ Josep M. Comelles La sacralización de la práctica hospitalaria, en *Malaltia i cultura* Josep Lluís Barona Vilar , Josep Lluís Barona Universitat de València , 199

VI.2 - El Modelo Médico

Los médicos se van apropiando del hospital. Desde el espacio hogareño, donde los enfermos estaban en sus casas, al hospital jerarquizado donde el paciente pasa a ser huésped, un huésped sometido, un huésped donde la hegemonía del intervencionismo se centralizó y desarrolló fuertemente una práctica eficiente de cirugía. A tal punto fue hegemónica que dentro de la estructura hospitalaria, requirió de un espacio propio, de un quirófano, legitimándolo por causas de asepsia y teoría microbiana. Este espacio donde simbólicamente es segregado el paciente aislándolo de su red social adquiere una nueva concepción de sacralidad.

VI.3 - El Hospital – Los inicios desde Kirschbaum

Con esta estructura y concepto sanitario, en la década del 40 del pasado siglo, en la Argentina el Dr. Simón Kirschbaum, atendía en forma voluntaria, en diversos hospitales, a pacientes quemados. Su interés irresistible, lo lleva hasta la Fundación Eva Perón, ante su constancia y entereza en la propuesta, la misma Eva Perón, pone en contacto al Dr. Simón Kirschbaum con el Dr. Ramón Carrillo, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación, a quien le expone su proyecto de crear una institución para tratar a pacientes quemados.

El Dr. Carrillo, se encontraba en la parte final del Plan Analítico de la Salud Pública. El proyecto de este Plan se había iniciado en 1946, contaba de cuatro mil páginas, distribuidas en 4 tomos donde expresaba el accionar que llevaría a cabo la mencionada Secretaría. No tenía la pretensión de ser creativo, pero si sistematizador.

Por un decreto del poder ejecutivo nacional, se funda el Instituto de Quemados, Cirugía Plástica y Reparadora, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

En la Dirección de Información Parlamentaria de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, se puede informarse sobre el Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958 que contiene las disposiciones para preparar el Plan sanitario de ese periodo. El Hospital de Quemados, figura en el capítulo XXI; página 35. Fue uno de los 141 hospitales y 50 Institutos especializados fundados por Ramón Carrillo

De esta forma, el 19 de marzo de 1952, el Instituto de Quemados, abre sus puertas, en la calle Viamonte 2189, de la Capital Federal. Simón Kirschbaum, fue su Director,

hasta el año 1955, año que el gobierno del general Perón es derrocado, motivo por el cual debió renunciar a su cargo y exiliarse en la República del Perú.

En esa República hermana, es nombrado Coronel e instala un Servicio de Quemaduras y Cirugía Plástica en el Hospital militar.

En tanto, en el Instituto del Quemados, luego de un año de intervenciones, se llama a concurso para cubrir el cargo que estaba vacante y por resolución unánime del jurado integrado por los profesores V. Gutierrez; O. Cames y I. Pini, se designa al Dr. Fortunato Benain, quien asume en Julio de 1956.

En medio de diversos informes de entidades internacionales que señalaban una supuesta desorganización del sistema de Salud Argentino y la necesidad de reformularlo, en los anales del Instituto de Quemados, cirugía plástica y reparadora, vol. 1 el propio Dr. Benain escribe un artículo, al cual titula “Orígenes y Evolución del Instituto de Quemados, Cirugía Plástica y Reparadora” donde desarrolla la primera parte de su planificación: una reorganización técnico administrativa y una segunda etapa de Reforma integral del edificio. Se divide la organización de la institución en seis departamentos: Asistencia Investigación Docencia, Enfermería; Alimentación y administrativo contable.

Se crea la historia clínica para quemados, Se crea también la Escuela que funciona dentro de la institución, para pacientes, reconocida por el Ministerio de Educación N° 22, logrando que los niños con prolongadas internaciones pudiesen continuar con su instrucción escolar.

Llega el año 1963, cuando el Instituto es transferido a la Ciudad de Buenos Aires, proceso este que se había iniciado por la Revolución golpista en el año 1956. Habiéndose suspendido en un periodo por el ministro de Salud, el Dr. Héctor Noblía con el motivo del empobrecimiento por falta de presupuestos, por el que estaban atravesando las provincias en ese tiempo histórico. En el año 1961 recomienza el proceso de transferencia, 1963, junto con el Quemados, son traspasados el hospital de Niños, Casa Cuna y la Maternidad Ramón Sardá. En ese periodo el Dr. Tiburcio Padilla sucede al Ministro continuando con la política de descentralización motivada por “la complejidad e hipertrofia burocrática del sistema”. (Comité Edit. de la AMA, 2007). Decisión por demás errónea y artificial ya que el Hospital posee un área programática que contempla la totalidad del país, atendiendo incluso, pacientes de países limítrofes.

En agosto de 1967, la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires traslada el Instituto del Quemados al edificio que ocupaba el Hospital Bosch, el que había sido construido debido a la donación realizada por la señora Servillana Martínez de Montarcé en 1922 en la avenida Pedro Goyena 369.

Por los avatares políticos, en 1973 el Dr. Benain, es desplazado y retorna a su puesto el Dr. Simón Kirschbaum, de la mano del regreso del peronismo al poder. Le sucede el Dr. Juan José Santojanni de 1974 hasta abril de 1976, donde la golpista Junta Militar del proceso de Reorganización Nacional restituye al Dr. Fortunato Benain.

En este periodo, la salud sufre un proceso de mercantilización con la consabida pérdida de derechos, el cual se profundizará en la década de los '90 fortaleciéndose el sistema privado. Junto con el retorno de la democracia en el año 1983 se produce un nuevo cambio en la dirección del Hospital, siendo nombrado el Dr. Pablo Felix Bonazzola, quien ocupa dicha función hasta Enero de 1986, lo sucede el Dr. Lucas De Simone, hasta marzo de 1987, donde asume la Dra. María Corujo, en 1996, el mismo día que se estrella un helicóptero del Ejército Argentino, en el Campo Argentino de Polo en Palermo, falleciendo diez personas quemadas, entre ellas altos oficiales argentinos y peruanos, en ese contexto asume el Dr. Ricardo Rímoli. Él con la subdirección del Dr. Nelson Caffaratti, ponen en marcha, el Sistema de Cuidados Progresivos, modernizando la organización y funcionamiento de la institución en beneficio del paciente. Posteriormente, al jubilarse el Dr. Rimoli, ejerce la dirección el Dr. Caffaratti, hasta el nombramiento del Dr. Juan Carlos Ortega y por último quien fuera delegado de Médicos Municipales, el Dr. Armando Escobar, quien ejerce el cargo actualmente.

En el año 2014, por intermedio de una ley de autoría de los diputados Martín Ocampo, Enzo Pagani, Raquel Herrero, Maximiliano Ferraro, y los legisladores mandato cumplido Antonio Campos, Claudio Presman, Oscar Zago y Adriana Montes. Se realizó la Audiencia Pública para poner a consideración de los vecinos el cambio de nombre del Hospital de Quemados, Cirugía Plástica y Reparadora, por el de Dr. Arturo Umberto Illia.

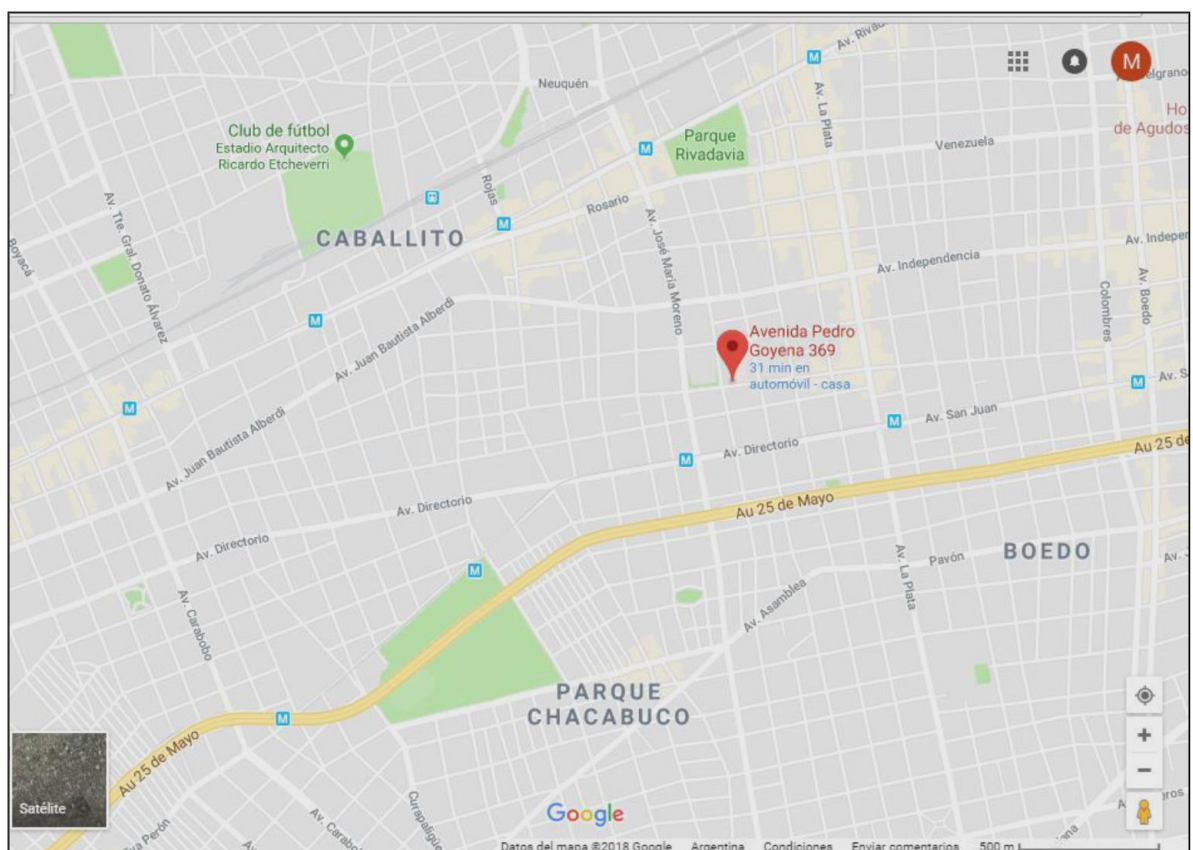
La Profesora Marina Bussio, periodista y directora del diario Horizonte, y miembro de la Junta de Estudios Históricos de Caballito manifestó no estar de acuerdo con este proyecto ya que ella había presentado la idea en su momento y nunca fue consultada; y además porque "los fundamentos presentados no son lo

suficientemente justificativos para que el Hospital se llame así"²². Tampoco la comunidad hospitalaria fue consultada para ponerle el nombre del político radical al Hospital de Quemados.

Habiendo visto, el proceso histórico por el cual transcurrió el Hospital de Quemados, nos adentraremos en la vida interior del mismo...

VI.4 - Ubicación geográfica

El Hospital se encuentra en el sur del barrio de Caballito a seis cuadras del icónico Parque Rivadavia. Su entrada principal a consultorios y guardia es en la calle Pedro Goyena 369, teniendo cercanía con la estación José M. Moreno de la línea E del subterráneo. Circulan las líneas de colectivos 7, 25, 42, 53, 56, 88, 97, 126, 135, 172, 180.



²² <http://caballitotequero.com.ar/portal/2014/04/08/audiencia-publica-sobre-el-nombre-del-hospital-de-quemados/>

VI.5 - Hospital de Quemados – Funcionamiento.

La actividad profesional, que se desarrolla en el Hospital de Quemados Dr. Umberto Illia, está regida dentro de Ley 153 – Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (Ver anexo 1)

Resulta de interés considerar el proceso que vive un paciente con graves injurias térmicas. La mayor parte de las veces, de estar normalmente realizando su vida, por un infortunado incidente sufre una modificación pronunciada de su existencia. No sin antes pasar por un doloroso desarrollo de tratamientos que dejará sin duda lamentables evocaciones.

A su ingreso, la permanencia en el hospital, de dicho paciente, depende de la extensión y profundidad de las lesiones, de la edad, del estado físico, de patologías preexistentes, del grado de nutrición, del soporte familiar y social. Todos ellos, son los indicadores de permanencia, en cuanto calidad y cantidad de la misma. En estos tipos de pacientes, la duración de la internación, puede prolongarse desde meses e incluso hasta años, en pacientes quemados graves.

Cabe mencionar que el Hospital de Quemados, es un hospital de cuidados progresivos, con Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Terapia Intermedia (UCI) y Cuidados generales (UCG).

En la actualidad cuenta con 65 camas, distribuidas de la siguiente forma: UTI ADULTOS: 6 camas; UTI Pediátrica: 10 camas. En Cuidados Intermedios: UCI Adulto: 11 camas; UCI Pediátrica: 12 camas Y 2 Cunas y en cuanto a Cuidados Generales: UCG Hombres: 8 camas; UCG Mujeres: 8 camas; UCG Pediátrica: 10 camas. Por último, posee también 9 camas en Cirugía Plástica.

En el ingreso de un paciente grave, la nueva residencia tiene, principalmente dos recintos, que para el modelo médico hegemónico y la cultura de la medicina hospitalaria son trascendentales: el quirófano y la sala de terapia Intensiva.

Sin duda, el ingreso es un momento crítico, donde los médicos tratantes, consciente o inconscientemente, hacen un pronóstico en función de diferentes parámetros como superficie y profundidad de las lesiones. ¿Vivirá? ¿Resistirá? a pesar de su propia respuesta, actúa siempre de la única forma que la institución lo permite, ya sea porque la probabilidad intuitiva hace que el equipo se arremangue y brinde el adecuado servicio, o incluso, en los peores pronósticos las limitaciones se hacen presente, o porque no hay servicio de Cuidados Paliativos o por el incuestionable

mandato que tenemos los profesionales de salud de presentarle batalla a la muerte, incluso, más allá de los pronósticos.

Ante el crítico presagio, se produce lo que se puede denominar “muerte social del paciente”²³, revalidada por un soporte vital y una monitorización, es decir se pone en funcionamiento un dispositivo destinado a curarlo. Dormido, “el muerto social”, pasa sus días sin saber nada sobre su futuro. Mientras, sus familiares reciben poca información donde la frase “Hay que esperar” va dilatando las esperanzas, lo ven que respira porque tiene un respirador que lo hace por él, siendo un ser humano dependiente y rodeado por la tecnología.

Durante este periodo, se inicia un particular diálogo entre los profesionales del Servicio de Terapia Intensiva y los médicos cirujanos. Estos últimos se dedicarán al deshibridamiento, escarectomías, escarotomías, autoinjertos, entre otras cosas, mientras que los primeros, los médicos intensivistas, entre quirófano y quirófano, se esfuerzan para resolver todos los problemas para que el cuerpo resista: infecciones, hidratación, volemia, medio interno, etc. Del quirófano a la sala de terapia intensiva y de la sala de terapia intensiva al quirófano.

Al decir quirófano o decir Unidad de terapia Intensiva, no solo nos referimos a distintos escenarios de la institución hospitalaria, sino que mencionamos distintas culturas profesionales, dependiente una de otra. Distintas técnicas, distintos mensajes, distintos códigos. Mensajes que no siempre tiene la suficiente claridad, ya que en varias oportunidades se escuchan comentarios, por ejemplo, en pediatría donde una madre suele decirles a las enfermeras “... ya lo entendí me lo explicó otra mamá”. Pongo el ejemplo de una madre en pediatría, ya que, al quedar ellas internadas con sus hijos, es mayor el contacto entre familiares de pacientes quemados que lo que sucede con los familiares de pacientes adultos, por lo que resulta más frecuente la escucha de comentarios como el expuesto como ejemplo.

Unos, los cirujanos, miden los tiempos entre cirugía y cirugía, realizan sus técnicas y luego esperan a que se generen lechos o sitios receptores de calidad adecuada; elección de zona dadora, si existiese; autoinjertos etc. Para otros, los terapistas intensivos, todo queda en función de algunos parámetros biológicos que van marcando el accionar clínico. Este accionar, es unidireccional y se va registrando en voluminosas historias clínicas, donde el médico terapeuta, va dando indicaciones a

²³ Allué M. “Perder la piel” Ed. Planeta Barcelona -2004 Allí la autora hace referencia de este término. La obra es de una antropóloga que describe su propio padecimiento de tener el 80% de sus superficie corporal quemada

enfermeros, en función de los datos de estudios de laboratorios, imágenes o algún otro registro, que también pasa a formar parte de dicha historia.

Por fuera de los procesos biológicos, van resistiendo, no solo el paciente quemado, sino, sus familiares, sus amigos, los cirujanos, los intensivistas, enfermeros...quedando claro que está desarticulado lo biológico de lo social.

Afuera de la habitación, sin la presencia del paciente, todos los días, en un breve periodo de no más de quince minutos, el médico da su informe a los familiares. Pronósticos, comentarios de los estudios efectuados, estableciéndose una comunicación particular basada en ciertos códigos, con la limitación del discurso biologicista, donde se establece una relación sustentada en la espera, la resignación y la angustia.

Otro es el discurso de los familiares y amigos, con los familiares y amigos de otro paciente quemado, que conviven diariamente en los pasillos, o esperando el reducido horario de visita, de 12 a 13 horas y por las tardes de 19 a 20 horas.

Entre ellos, se dan fe, se dan esperanzas y no dejan de surgir expresiones religiosas, las que muchas veces son acentuadas por la presencia del capellán o simplemente por el paso a la capilla, que se encuentra en el hall central, a la entrada, al lado de la dirección del hospital, dejando en claro que son las dos columnas en que se basa la institución.... Ciencia y religión dos caminos de fe ante la sensación de un futuro incierto.

VI.6 - La salida de la institución. Algunas dudas sobre el retorno al propio hábitat.

Hay quienes no resisten, y hay quienes lo logran. Resistir significa poder superar los parámetros biológicos adversos, el llamado destete, proceso gradual de mejora de la relación fuerza-capacidad del sistema respiratorio para mantener una respiración espontánea, cierta independencia del intensivismo y gradualmente del accionar del personal hospitalario del sistema de salud.

En esos casos ¿Qué pasa luego que una persona sufre una injuria térmica, de tal magnitud, que requiera transcurrir por una terapia intensiva y es dado de alta...?

¿En qué grado influyen las secuelas para recuperan el nivel de calidad de vida, en función de la reinserción social, de los pacientes adultos con graves quemaduras que han sido dados de alta luego de haber pasado días de internación en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Quemados?

¿En qué consiste el alta de un paciente que sufrió graves quemaduras?

Es importante tener en cuenta que el Hospital de Quemados, es considerado por su comunidad hospitalaria, en su mayoría, un “hospital quirúrgico”, a punto tal, que no posee médico clínico de guardia, con lo que no es de extrañar que a los pacientes, una vez que no tenga más necesidad quirúrgica, en su tratamiento, se los considere “sanos” y se les dé el alta.

Cabe mencionar que dicho paciente es externado a una sociedad donde la estética tiene un considerable peso cultural. Si consideramos que los conceptos de “deficiencia”; “discapacidad” y “minusvalía”, se relacionan con la enfermedad, la acción limitada y con la participación restringida, respectivamente, no podemos dejar de relacionar al paciente con secuelas de injurias térmicas, con cualquiera de estos conceptos y las consecuencias de los mismos. Existiendo pacientes que, durante sus tratamientos, sufren amputaciones de miembros o muchas veces presentan marcadas cicatrices, alguna de ellas del tipo queloide, que provocan generalmente, una disminución de la autoestima, en un gran número de casos, como así también discapacidad o minusvalía, sería de esperar que su inserción social, sea al menos dificultosa.

El peso cultural que tiene en un modelo biologicista y hegemónico, se va sumando en cada uno de los varios procesos que se realizan en una institución, la que tiene una reflexión limitada por un marco biológico, este esquema va respondiendo con acciones que podríamos denominar rutinarias del hospital, las que no pueden evadirse de esta estructura ¿Se puede llamar curado a una persona externada en esas condiciones y en esta sociedad?

VI.7 - Parámetros de impacto

Para tener cierta aproximación de la cantidad de pacientes que sufren graves secuelas por quemaduras, se realizó un primer estudio cuantitativo, para tratar de demostrar el número aproximado de pacientes que atraviesan esta problemática, como así también establecer qué tipo de variables tienen esos parámetros como para obtener claves sólidas para un posterior proceso de planificación de algún proyecto en Salud Pública.

VI.7.1 - Estadística—Algunos datos cuantitativos referidos al Hospital

En función de la población de pacientes que queremos estudiar, se toma en cuenta uno de los servicios del hospital por donde pasan las personas con mayores posibilidades de tener profundas secuelas luego de una injuria térmica, la Unidad de Terapia Intensiva.

La población seleccionada, son los mayores de 14 años, es decir, pacientes adultos. También limitamos el estudio a una fracción de tiempo definida, que, en nuestro caso, es el año 2016. En ese periodo, encontramos los siguientes guarismos:

- **Consultas por guardia:** 19.800
- **Internaciones:** 1.503
- **Cirugías solo en sector quemados:** 2.219
- **Cirugías suspendidas en sector quemado:** 281
- **Cirugías en plástica:** 773

VII - Metodología

Con una perspectiva de triangulación metodológica se realiza una exploración inicialmente bibliográfica sobre la problemática tanto de la existencia de grandes secueles, -personas que luego de padecer súbitamente un accidente quedan con alteraciones sensoriales, motoras y estéticas que alteran definitivamente su vida de relación-, como de las diferentes formas que han adquirido los modelos de atención. Esta exploración se complementa con una descripción del marco institucional, un relevamiento estadístico epidemiológico cuantitativo de los pacientes internados y posteriormente entrevistas en profundidad a pacientes y personal de salud altamente involucrados en la problemática como para caracterizar adecuadamente el campo de estudio y transformación con la expectativa de servir para futuros estudios cuantitativos de alcance nacional y la promoción de una red de rehabilitación integral para este tipo de afecciones.

VII.1 - Exploración cuantitativa - Un anclaje en la Epidemiología

Entre las muchas definiciones, elegimos para este trabajo la de la revista Salud Pública de México, que define a la epidemiología como la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural. Actualmente, se acepta que para cumplir con su cometido la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.”²⁴ Conceptos estos, muy afines con las intenciones de este trabajo.

El tipo de estudio elegido, es un estudio que nos dará cierta información referida a particularidades, las que serán variables, que posiblemente interfieran en la mayor reinserción social. No solo nos indicará el número de pacientes externados, con secuelas, si no también ciertas características clínicas y socio demográficas.

²⁴ Sergio López-Moreno, M.C., Francisco Garrido-Latorre, M. en C., Mauricio Hernández-Avila, Ph. D. *Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica – Salud Pública de México*. Los autores concluyen que tanto el objeto como los métodos de estudio de la epidemiología se han modificado radicalmente desde su origen hasta la actualidad. Los conceptos de causa, riesgo, asociación, sesgo, confusión, etcétera, aunque cada vez son más sólidos, se encuentran en proceso de revisión permanente, lo que hace a la epidemiología una disciplina viva y en constante movimiento.

El análisis de una serie de datos nos muestra una foto necesaria para observar, para comprender, y encuadrar nuestra exploración. Es decir, el relevamiento estadístico epidemiológico de pacientes internados durante un año, en la Unidad de Terapia Intensiva, tendrá por intención que, con un posterior análisis de los datos, poder considerar esta problemática dentro del campo de la Salud Pública, y luego un estudio complementario cualitativo que indague subjetividades de los pacientes externados, tanto como personal de salud altamente involucrados en la problemática

El estudio inicial posee las siguientes características:

Descriptivo, sobre una serie de casos, con una característica compartida

De corte **transversal**, pues tiene las particulares de una foto. Cada individuo se mide en un momento único.

En aquella población definida por ser personas que, de enero a diciembre del año 2016, estuvieron internados en terapia intensiva de pacientes adultos.

Para ello revisamos las historias clínicas de los 81 pacientes que pasaron por la Terapia Intensiva de adultos, el mencionado año.

Se encontró una tasa de mortalidad de 43,2 % de pacientes /año. Sobre los pacientes que sobrevivieron (46) se buscaron diferentes prevalencias, con las que se constituyó la siguiente tabla.

Tabla 1 – Característica de pacientes que fueron dados de alta de la Unidad de terapia intensiva del Hospital de Quemados en el año 2016.

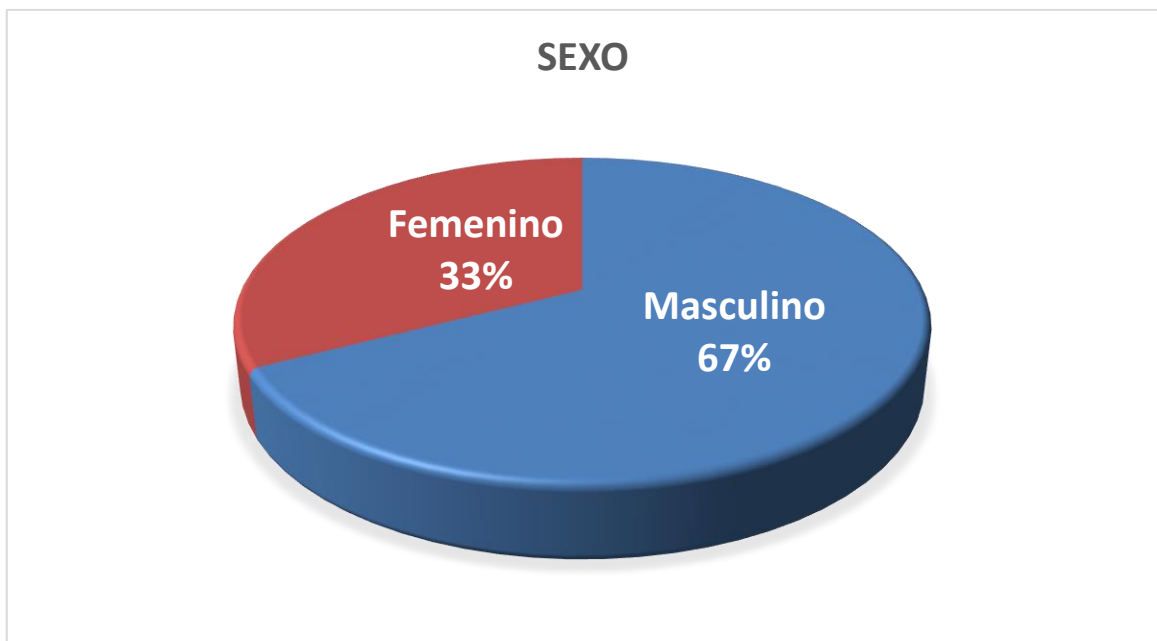
<i>Parámetro</i>	<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo	Masculino	31	67.4
	Femenino	15	32.6
Nivel de Educación	Primaria Incompleta	4	8.7
	Primaria Completa	11	23.9
	Secundaria Incompleta	6	13
	Secundaria Completa	9	19.6
	Universitario Incompleta	2	4.3
	Universitario Completa	1	2.2
	Sin datos	13	28.3
Etiología	Fuego	40	87
	Electricidad	4	8.7
	Agua caliente	2	4.3
Motivo	Accidente	34	73.9
	Autoagresión	8	17.4
	Agresión	4	8.7
Distribución corporal del daño	Múltiple con cara incluida	36	78.3
	Múltiple sin cara incluida	7	15.2
	Miembros Inferiores	2	4.3
	Miembros superiores	1	2.2
Procedencia	C.A.B.A.	8	17.4
	Gran Buenos Aires	31	67.4
	Provincia de Buenos Aires	3	6.5
	Otras Provincias	3	6.5
	Sin datos	1	2.2

VII.2 - Análisis de parámetros, con sus respectivas variables

VII.2.1 - Sexo

Esta variable, es necesaria tenerla en cuenta ya que nos indican el contexto referente a sexo. Nos da una idea con la proporción que nos vamos a encontrar aproximadamente, en los pacientes que tengan que reinsertarse en la sociedad una vez dados de alta. Culturalmente, la valoración de la estética en uno u otro género, poseen distinto peso. En líneas generales, por una cuestión incluso de construcción social, al género femenino se le atribuye un mayor componente estético. Este valor, o desvalor según como sea interpretado, es necesario tenerlo en cuenta, ya que ante cualquier proyecto o medida que se planifique para una mejor reinserción social de estos pacientes, la metodología será distinta en función del sexo. Esta aproximación cuantitativa nos manifiesta un acercamiento del contexto que encontraremos en función de la mencionada variable.

Figura 1: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del sexo



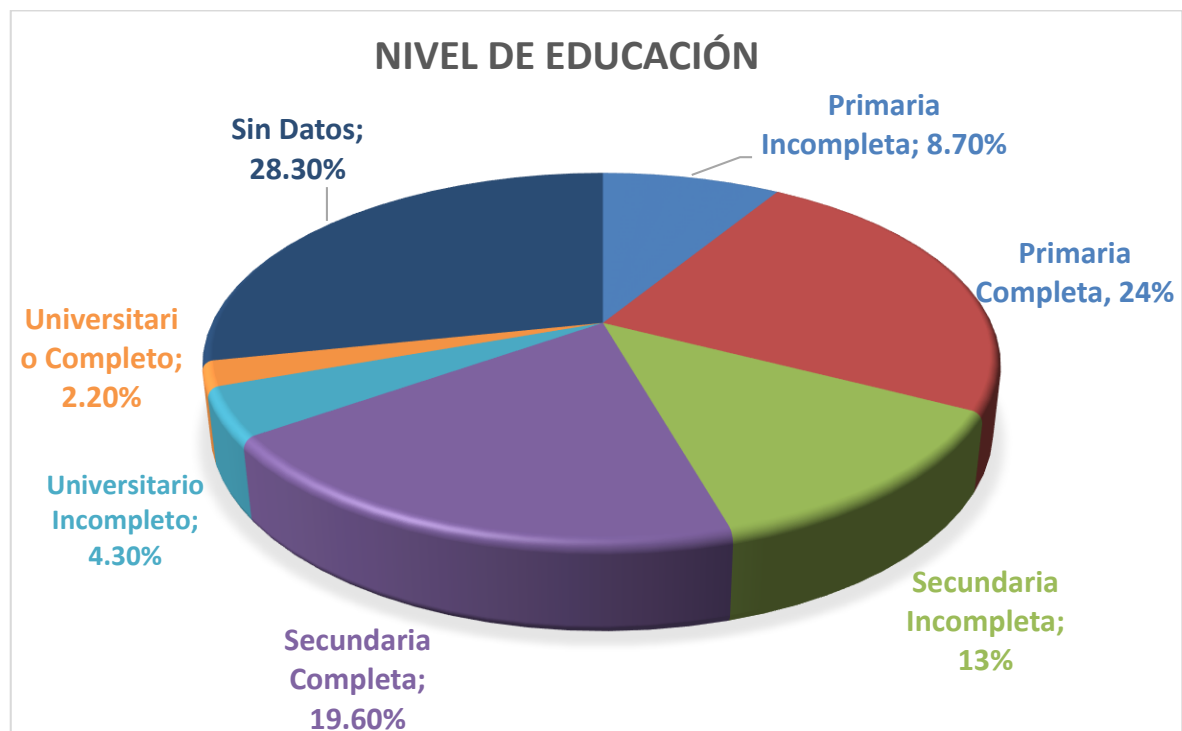
VII.2.2 - Nivel de educación

El nivel de educación es un parámetro que a simple vista nos puede orientar en cuanto a posibilidades de resolución, de contactos que puede tener un paciente para reinsertarse socialmente.

Aunque la educación básica (primaria y secundaria) cada vez llega a más lugares, muchas personas, por diversos motivos, no asisten a la escuela o lo hacen de una forma parcial, no completando la obligatoriedad planificada por el sistema educativo.

La educación implica un proceso donde se proporciona un aprendizaje, el logro de incorporar conocimientos, valores, habilidades, es un proceso formativo en que a medida que se profundiza, implicaría que proporcionalmente se mejorarían las posibilidades ante una rehabilitación, complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional.

Figura 2: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del Nivel de Educación

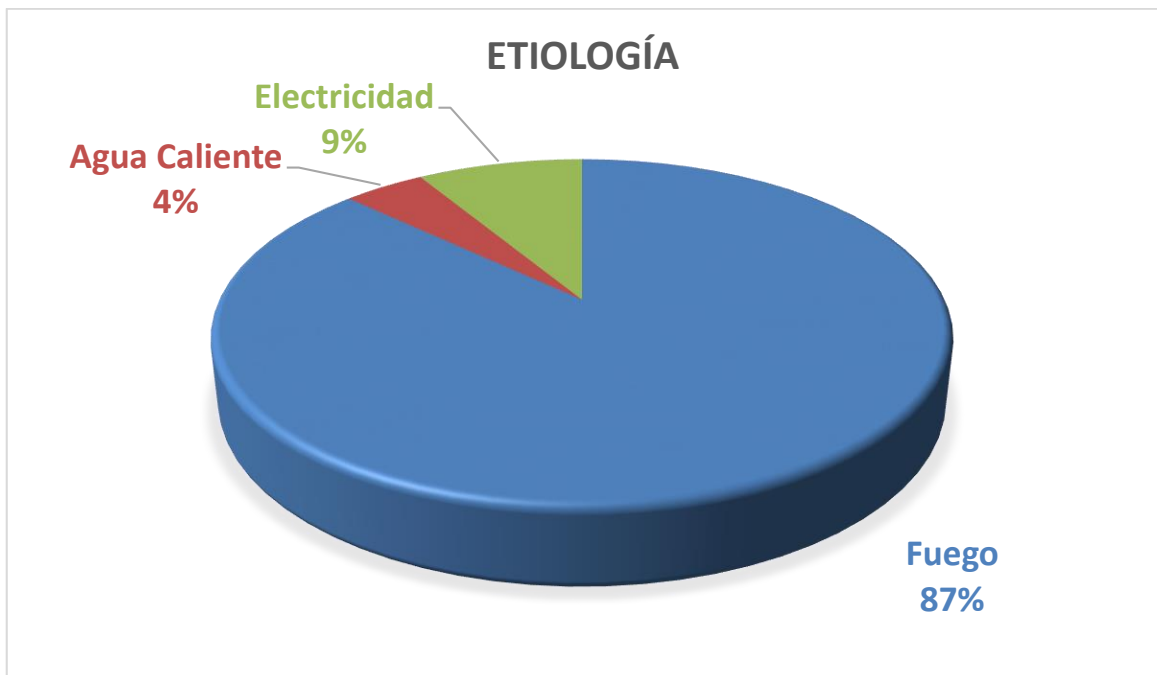


VII.2.3 - Etiología

La etiología nos muestra una serie de variables que de por sí, nos hablan de distintas secuelas. Cada una de ellas, tiene un impacto distinto en el organismo y la respuesta de este difiere en la cicatrización. Las quemaduras eléctricas, por ejemplo, es una variable que está más ligada a amputaciones de miembros. Esto nos indica un proceso de reinserción social, más vinculado a rehabilitación motora y el uso de prótesis.

Es importante el manejo de estos datos ya que a priori, nos indicarían que tipo de población con determinadas secuelas, encontraremos y las dificultades de la misma para su reinserción social.

Figura 3: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función la Etiología



VII.2.4 - Origen del incidente que provoca la Internación

El origen es un parámetro de fundamental importancia para el tratamiento psicológico, necesario para la reinserción social del paciente secuelado. Las causas de esa procedencia, nos indican ciertos aspectos de la historicidad del paciente.

Un contexto al que retorna el paciente, más vulnerable aún, si no es rehabilitado debidamente social y psicológicamente.

Una vez externada o externado el paciente, poco logro tendrá su reinserción social, si se lo remite al mismo escenario que le produjo la agresión. Por lo cual es importante el manejo de ciertas cifras que nos indicarán que hay un porcentaje significativo que merece una particular atención, en el manejo de esta determinada variable.

Figura 4: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del Motivo de la quemadura que provoca la Internación



VII.2.5 - Distribución corporal del daño

El daño corporal y su ubicación en el cuerpo, nos advierte de diferentes impactos en estos pacientes al enfrentar la sociedad. El peso de lo estético, tiene una connotación distinta cuando las secuelas son en la cara que en otro lado del cuerpo. La visibilidad de la secuela tiene un peso particular.

Si esta variable, la combinamos con la etiología, en la cual observamos que un 87% correspondía al fuego directo y sabiendo el tipo de cicatriz profunda que deja este tipo de quemadura, podemos proyectar el número representativo de pacientes con quemaduras por fuego y en cara. Secuelas que implicarían un estado particular.

Figura 5: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función de la distribución del daño corporal.

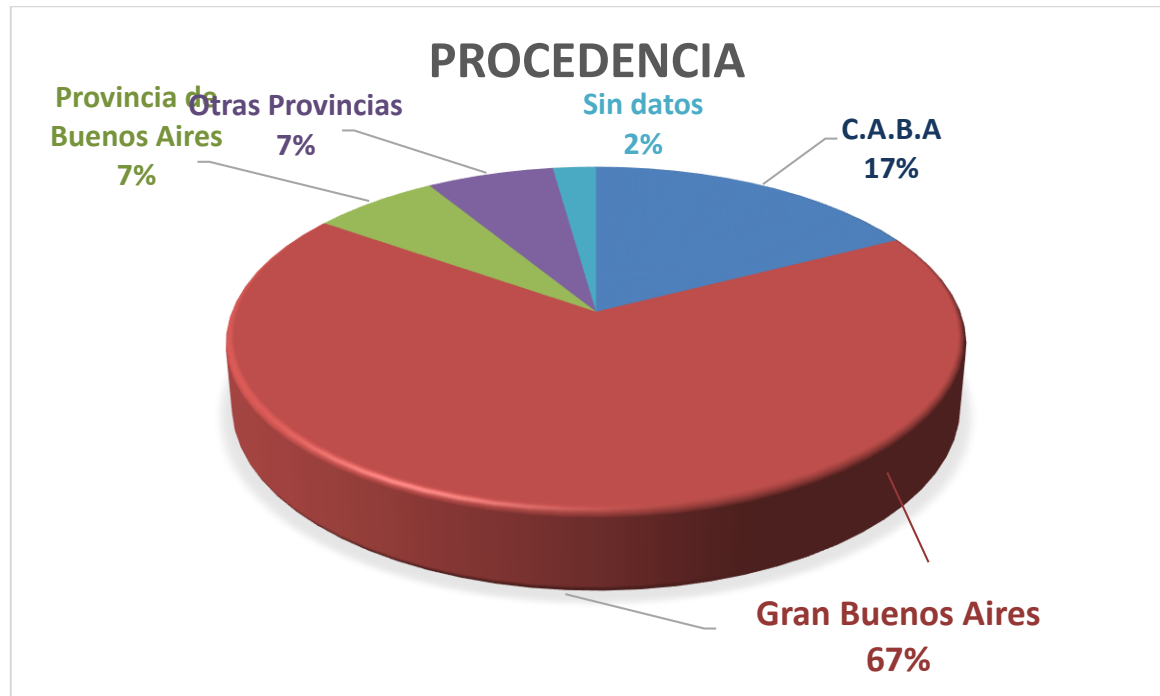


VII.2.6 - Procedencia del paciente

Es importante el manejo del parámetro de procedencia, ya que, ante cualquier planificación, para abordar el tratamiento de este tipo de pacientes. Es conocido que son diversas las causas que generan barreras de accesibilidad en el campo de la Salud. La que intuitivamente surge entre las principales, suele ser la geográfica. Es necesario el conocimiento de esta variable para tener una aproximación de las dificultades y como superarlas, que pueda generar esta barrera. También nos da cierta idea con que sistema de salud y las características del mismo, con que cuenta el paciente externado. Dato necesario, para saber qué nivel de contención tendrá el mismo en caso de precisarlo.

No es menor el dato que implica un costo de mayor trascendencia en familias de menores recursos, en lo que respecta al traslado para el acompañamiento del paciente.

Figura 6: Distribución de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función de la procedencia.



VII.2.7 - Otros datos epidemiológicos

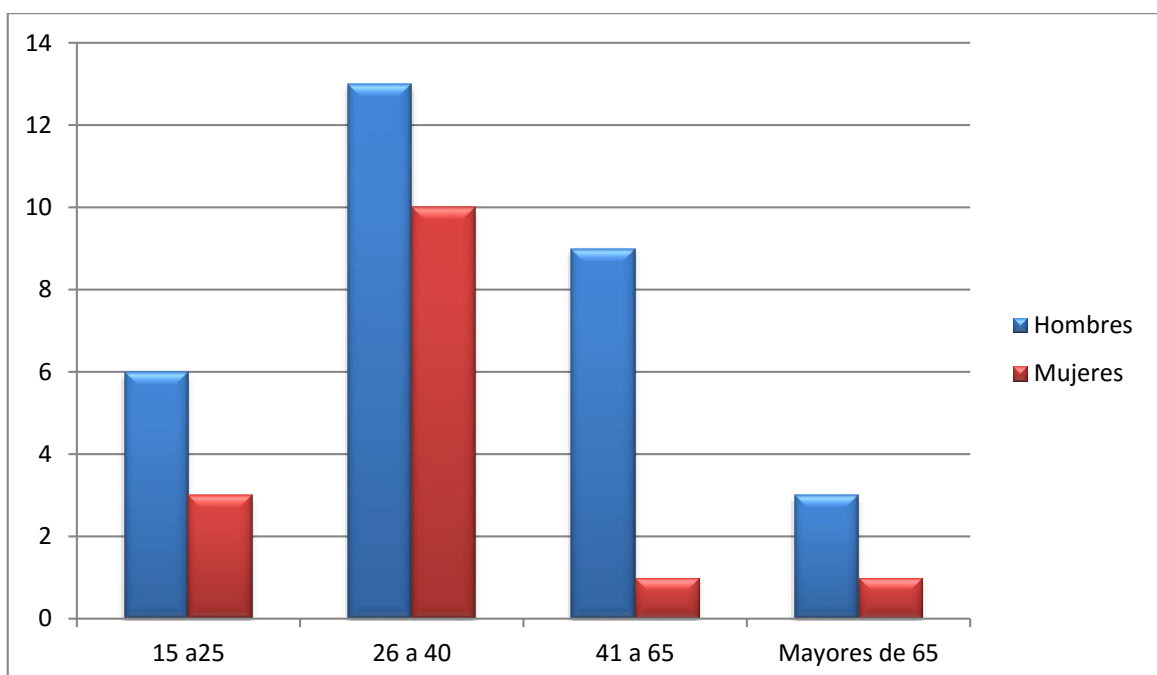
Con el fin de precisar esta información vemos preciso complementarla con estos otros datos

- **Promedio de Días de Internación:** 56 días (6 – 174)
- **Edad promedio:** 42 años (15 a 87 años)

Tabla 2 – Distribución de grupos etarios en función del sexo, de pacientes que fueron dados de alta de la Unidad de terapia intensiva del Hospital de Quemados en el año 2016.

	HOMBRES	MUJERES
De 15 a 25 años	6	3
De 26 a 40 años	13	10
De 41 a 65 años	9	1
Mayor de 65 años	3	1

Figura 7: Distribución de grupos etáreos de pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva, año 2016, dados de alta, en función del sexo.



Esta serie de datos, nos da idea de una prevalencia, de una proporción que nos marca una frecuencia, una proporción de la población que padece un sufrimiento que posiblemente se sienta segregada en un momento dado.

Este tipo de estudio, actuaría como soporte de una posterior entrevista en profundidad a algunos casos elegidos.

VII.3 - Exploración cualitativa

Forma parte de nuestra cultura, que ante cualquier eventualidad que implique cierta indecisión, caemos en una intervención que supone medir. Para entender, hay que medir, si es buen o mal candidato político, se mide popularidad, confianza, el gusto de una cerveza, se mide la temperatura y la sensación térmica, todo lleva adherido un número que puede ser reconocido como un score, un ranking, pulgares hacia arriba o hacia abajo, estrellas en caso de hotelería, tasas, índices, etc.

Esta medida, es la que nos da la objetividad. Nada más palpable, que una codificación numérica, ya que, desde la aparición de los números, dos es mayor que uno, eso no se discute y nos facilita la disquisición de todo ordenamiento cuantitativo, esto reduce considerablemente todo tipo de vacilación, ya sea en los mercados, en la ciencia, en la política, en todo ámbito, el código matemático se impone de manera poco discutible.

Lo que no cabe duda, es que favorecemos las representaciones reduccionistas para acercarnos a la realidad. Las dimensiones que permiten ser medidas más fácilmente, contarán con una consideración mayor en todo estudio, en todo informe. Lo que implica que algunos criterios se destacarán y otros serán ocultados, por ser difíciles de cuantificar.

En 1976, un sociólogo llamado Donald T. Campbell exploró en el campo de la metodología, en los procesos de investigación. Su observación fue tan categórica, que se la denominó como “La ley de Campbell”²⁵ la cual sugiere que “cuanto más utilizado sea un determinado indicador social cuantitativo para la toma de decisiones, mayor será la presión a la que estará sujeto y más probable será que corrompa y distorsione los procesos sociales que, se supone, debería monitorear.”

²⁵ “The more any quantitative social indicator is used for social decision-making, the more subject it will be to corruption pressures and the more apt it will be to distort and corrupt the social processes it is intended to monitor.” Campbell, D. T. (Diciembre de 1976). Assessing the Impact of Planned Social Change. New Hampshire: ThePublicAffairs Center, DartmouthCollege.

El espíritu competitivo que despierta la cuantificación en sí misma, desdibuja muchas veces el proceso que se pretende medir. Nunca hay que perder de vista, que los números, también hacen política, no son neutrales, sobre todo, desde lo social.

Se hace imprescindible observar que el método construido para las ciencias físico-naturales, llamadas ciencias duras o puras, se encuentra matizado desde una posición positivista, cuya corriente sostiene la aplicación del método científico natural con el objetivo de formular leyes generales y universales.

El estudio que nos ocupa, la reinserción Social del paciente con secuelas de Injurias Térmicas, requiere la evaluación de ciertos parámetros, tales como: reinserción laboral; reinserción en grupos sociales; cambios en las relaciones familiares; tipos de respuesta de la institución, una vez dado de alta para solución de algunos de estos conflictos (si los hubiere) y diversas observaciones referidas a la problemática acarreada por este tipo de pacientes.

El planteo de esta investigación, al respecto de la inserción o no, que socialmente tiene un paciente con secuelas de injurias térmicas, es sin lugar a dudas un hecho subjetivo. Nos encontramos frente a un hecho social, donde las fórmulas matemáticas, no son muy explicativas en la expresión de una persona que se siente excluida o incluida total o parcialmente en las diversas actividades sociales.

Los valores analizados en los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva, en la Tabla 1, con las características de los participantes, nos sugieren ciertos indicios de influencia en este listado de parámetros, como por ejemplo las quemaduras en la cara, sin duda contribuirán con más peso en la inserción social. El nivel de educación, nos habla de posibilidades sociales y la procedencia, nos habla de posibilidades de contacto con el paciente externado.

La dicotomía no se reduce a problemas de medición, lo cual solo haría más fácil un análisis que nos acerque a una solución, sino que hay una serie de matices que acompañan a la epistemología, a la metodología y a las técnicas de investigación.

Todos estos parámetros a apreciar, conllevan limitaciones en las técnicas nominales, para la obtención de determinado tipo de información, son estos los parámetros que justifican el uso de técnicas cualitativas en la investigación de los procesos de salud – enfermedad – atención.

Emile Durkheim en 1988²⁶ insistía en que el nivel social de la realidad es *sui generis*, con unas propiedades específicas y unos principios de causalidad peculiares, gobernado por leyes que no encuentran analogías fáciles en otras zonas de la realidad. Por tanto, la realidad social exige que ambas vertientes cognoscitivas (la positiva y la hermenéutica), se utilicen dependiendo del conocimiento u objetivos preliminares.

Al ser el tipo de investigación descriptiva cualitativa, habrá que obtener un acuerdo epistemológico, respecto del enfoque cualitativo, ya sea en la definición de las preguntas y en la exposición de las diversas etapas de la evidencia que se investigará, siempre buscando el mayor grado de correspondencia con las hipótesis teóricas manifestadas.

El tipo de investigación deberá acomodarse a la pregunta que da afinidad al estudio, de esta forma, se perseguirá una contribución, del trabajo, a un mejor conocimiento del contexto en que se desenvuelven este tipo de pacientes, tan particulares.

Se buscará obtener una relevancia valorable para los sujetos a quien se dirige está búsqueda, como así también en los distintos profesionales que colaboren con esta tarea, buscando que a causa de los nuevos conocimientos se adquiriera una “no neutralidad” en la priorización y selección de las pretensiones.

Al indagar habrá que detenerse en la interpretatividad, teniendo en cuenta que el significado de las cosas tiene que ver con el pensamiento, con el lenguaje y con la manera de narrar lo hechos vinculados en el tejido de significantes que nos da el contexto donde vivimos. Por lo que la relación que resulte entre el investigador y el fenómeno a analizar, debe ser, flexible, abierto y de sentido bidireccional.

Para que esto último, se lleve a cabo, es fundamental incluir la reflexividad, como uno de los criterios de evaluación, en cuanto consciencia autocrítica. Desde un inicio al elegir las preguntas, el análisis y la forma de cómo y dónde difundir las deducciones.

Todas estas intervenciones observadas, son de destacable valor, si se quiere realizar una investigación cualitativa con parámetros de calidad.

Son claros, los conceptos de Rosana Guber²⁷, en “El salvaje metropolitano – Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo” cuando advierte que

²⁶ Oscar A Zapata-“La aventura del pensamiento crítico : herramientas para elaborar tesis e investigaciones socio-educativas” – México 2005

²⁷ Guber R. El salvaje metropolitano Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo PAIDÓS Buenos Aires

“... la información de encuestas y cuestionarios puede resultar de lo que el informante supone que el entrevistador desearía oír, o bien, de intentos de encubrir normas infringidas, valores dominantes no practicados, etc....”

Debemos adoptar una postura reflexiva, donde no caigamos en una hegemonía metodológica, rechazando actitudes extremas. Una concepción científica flexible, nos enriquecerá en la medida que aceptemos explicaciones causales, como así también teleológicas. Los objetivos de la investigación, son los que marcarán el predominio de uno u otro método.

Teniendo en cuenta esto, no debemos perder de vistas ciertas características distintivas de un objeto de las ciencias sociales, los cuales, son de por si objetos históricos, esta historicidad debe ser respetada, pues trae consigo una especificidad de la cultura. Este objeto de las ciencias sociales, que es esencialmente cualitativo, posee intrínseca y extrínsecamente ideología. Toda ciencia, tanto en su construcción como en su desarrollo pasa por diversas subjetividades y por diversos intereses. Por estos motivos, el diálogo entre el sujeto investigador y el sujeto investigado es comprometido y crítico. En todo el proceso de conocimiento estará implicada la visión del mundo que ambos poseen.

Es por estos motivos que al elegir la metodología implica entrar en una serie de debate de ideas, de prácticas y de opciones.

Podemos basarnos en la definición de Souza Minayo²⁸ quien establece que la investigación social, son los diversos tipos de investigación que tratan del ser humano en sociedad, de sus relaciones e instituciones, de su historia y de su producción simbólica. En el particular caso de que la investigación social, tenga por objeto a sujetos relacionados con el proceso salud – enfermedad – atención, es imprescindible tener en cuenta la representación de los diversos actores, que actúan en ese campo: instituciones políticas; de servicios y los profesionales y pacientes.

Lejos está esta definición de tener un enfoque estático, tiene como dijimos, una necesidad de estar conceptualizada históricamente con las respectivas contradicciones y conflictos que establece su proceso. La realidad a ser abordada posee diversas áreas de conocimientos, sobre todo en lo que a salud se refiere.

Con todo este listado de observaciones y consideraciones que debemos tomar en la investigación que llevaremos a cabo, es que consideramos que la entrevista, una técnica de comunicación verbal, que colecta información, es una estrategia que nos

²⁸ Souza Minayo María Cecilia – La artesanía de la investigación cualitativa – Lugar Editorial - 2009

permitirá construir nuestro objeto de investigación, con información pertinente. Dentro de los diversos tipos de entrevistas, la denominada abierta o en profundidad, posee las características que más se adecúan al proceso, pues el sujeto que nos informará se le permite hablar libremente sobre el tema determinado y cuando el entrevistador o investigador, realiza alguna pregunta, solo lo hace con la finalidad de profundizar alguna reflexión. Podemos especificar esta técnica como una conversación, que posee una finalidad, esa finalidad, se encuentra direccionada por una especie de esquema de pensamiento que el entrevistador debe asumir. La intención de dicho esquema es la de profundizar la conversación, cuando esta nos brinda cierta información pertinente a nuestra hipótesis. Para esto no existe un orden de los temas, ni una secuencia rígida, sino que las propias inquietudes, ansiedades, relevancias y ponderaciones como significados que va expresando el entrevistado sobre el tema pactado, es lo que va fijando el orden de los temas.

Esta estrategia de investigación cualitativa, nos permite, generalmente, obtener información, más profunda y de mayor densidad que cuando se aborda al sujeto investigado a través de un cuestionario. La simple pregunta limita el alcance. De última, la realización de un cuestionario posee la frontera del pensamiento del investigador y limita la sorpresa que puede dar los conceptos y reflexión propios del sujeto investigado.

Para lograr tener una entrevista de calidad, es aconsejable cumplir con ciertas etapas.

La primera de ella, es conseguir una persona cercana y de confianza del entrevistado, que haga la primera aproximación. Debe ser una mediación, entre el sujeto a entrevistar y el entrevistador.

El mediador, debe iniciar un proceso de confianza, como para que el investigador tenga su primer acercamiento en un clima predispuesto a cierta intimidad y confidencia. Es importante esta etapa de presentación.

Una vez producido el encuentro, el entrevistador debe ser claro al explicar los objetivos del trabajo, la importancia de aportar en forma directa o indirecta para la comunidad la mayor cantidad de datos por parte del entrevistado. Para darle un marco institucional, el entrevistador debe mencionar, en caso de haberlo, una institución relacionada con el tema, en la cual el investigador esté en contacto. Toda esta comunicación, debe ser expresada en un lenguaje cordial, amigable y por sobre todo, entendible, no recurriendo a terminología técnica, ni códigos típicos de la

disciplina del investigador. Esta es una de las formas, de expresar respeto al sujeto investigado.

Otra de las actitudes necesarias, es explicar el porqué de la elección de ese sujeto, resaltar la importancia de su caso particular y dejar en claro y garantizado el anonimato y la confidencia de los datos. No se tratan de entrevistas mediáticas

VII.3.1 - Análisis de entrevistas a pacientes secueados

El análisis de contenido, se realiza como una técnica sistemática que nos permita interpretar los datos obtenidos en las distintas entrevistas. Las que se realizaron tanto a pacientes secueados como a informantes claves.

Este tipo de análisis han llevado en sí mismo, las mismas refutaciones que la investigación cualitativa, quedando en claro que no existen modelos matemáticos, para los análisis cualitativos, que puedan suplementar la importancia de la comprensión de los contenidos implícitos.

Las distintas etapas que podemos considerar en este ciclo del trabajo, las podemos enumerar como primero, un ordenamiento de los datos, lo cual podemos resumir en una transcripción de las grabaciones, relectura del material, cierta clasificación de los relatos, de tal manera que sirva para organizar los mismos, distribución de los datos de observación, en función de la propuesta analítica.

Una vez ordenados los datos, se clasificarán, sin perder de vista que el testimonio que resulta de él, lleva consigo una construcción de interrogación y contestación, por lo que se considera preciso una lectura íntegra y horizontal de los textos, analizando frases, palabras, adjetivos, sucesión de ideas, sentido general del texto, rescatando las ideas centrales que se quisieron transmitir. Luego, se procede a una lectura transversal, recortando cada entrevista en estructuras de relevancia o temas, según el criterio de variables empíricas, previamente construidas. Buscando percibir vínculos entre ellas. El informe o formato final del trabajo de investigación, instrumento tradicional de la presentación de los resultados de la investigación

En las diversas entrevistas se buscó la obtención de cierta información, en función de los siguientes ejes o categorías

- Miedos
- Reinserción laboral
- Reinserción en la sociedad
- Respuestas en las relaciones familiares
- Tipos de respuesta de la institución, una vez dado de alta para solución de algunos de estos conflictos (si los hubiere)

Los pacientes entrevistados, fueron cuatro, dos hombres y dos mujeres.

La elección de estas personas, tiene un sesgo, que considero necesario mencionar. De una manera u otra, las cuatro siguieron teniendo cierta relación con el hospital tres de ellas por su continuidad en tratamiento médico y la cuarta, por ser su ámbito laboral.

Por respeto a lo pactado, se mantendrá el anonimato de ellas y se mencionarán como

H- D.C. y **H- J.J.** los dos pacientes masculinos y **M- A.M.** y **M- B.E.** las dos mujeres.

Previamente, se hará una pequeña descripción de particularidades de cada una de ellas, para luego, analizar la operativización de las variables.

M- A. M.

Es una mujer de 42 años sufrió un accidente cuando tenía 3 años, en Mendoza, Godoy Cruz. Se incendió la casa, cuando estaba al cuidado de una vecina. Según le contó su mamá, la que tenía 16 años, su papá 17 y los 2 trabajaban al momento del accidente. Parece que no se dio cuenta y dejó el gas prendido y había una hornalla encendida. Un vecino la rescató. Según su relato

De los 3 años a los 17 años, fue atendida en un hospital de Mendoza. Allí fue intervenida quirúrgicamente en varias oportunidades.

Luego, en el año 1997 vino a Buenos Aires y se atendió en el Hospital de Quemados, donde en el año 2009 tuvo su última cirugía. Su secuela es un rostro muy quemado con cicatrices queloides y algunas otras en los brazos.

Al vender bijuterie en el hospital, es contactada para la entrevista. La que se lleva a cabo en un consultorio, siendo muy difícil ya que es una persona tímida con solo 2 amigas, de pocas palabras y en un momento, donde se da cuenta que hablaba más de lo común en ella, se cerró de repente diciendo que de sus cosas personales preferiría no hablar.

H- J. J.

Es un hombre de 39 años, que un domingo fue a pescar con amigos, cuando la lancha, paso por debajo de un puente, donde había cables de alta tensión que hicieron un arco voltaico, recibiendo una descarga eléctrica. La caña funcionó como un para rayos, la corriente se transmitió por el pasahilo de la misma. La corriente entro por el brazo derecho, paso por el tórax y sale por el brazo izquierdo.

Luego de cuatro días internado en el Hospital de Junín, es derivado al hospital de Quemados, donde permaneció 40 días internado.

Sufrió amputación de ambos miembros superiores.

La particularidad de este paciente, es que su secuela es la amputación de sus miembros, no teniendo consecuencias de cicatrices en su rostro. Teniendo buena posición económica, se dedica a la siembra y cosecha en el campo.

Recibió, una vez dado de alta, apoyo del Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (**IREP**) que es un instituto monovalente que atiende principalmente pacientes con discapacidades motoras.

Su núcleo familiar está compuesto por su pareja con quien vive, en la ciudad de Junín, tiene también sus dos padres y dos hermanas.

En una de sus visitas al hospital donde seguía concurriendo a consultas médicas, accedió a realizar la entrevista, luego que la médica cirujana que lo atendía se lo propuso.

Una característica de su personalidad, es que es una persona muy pulcra, "...Porque siempre fui una persona muy estética, muy arreglada con el cabello corto, siempre haciendo hincapié en los pelos de mi nariz, de mis cejas, de mi barba." Según sus propias palabras.

M-B.E.

Mujer de 51 años, la causa de su quemadura, fue una autoagresión, estaba sobrepasada de problemas, según dice en la entrevista.

Internada un mes y 10 días en Terapia intensiva y después un mes más en cuidados intermedios. En el momento de la entrevista hacían 3 años de su agresión.

Vive en la provincia de Entre Ríos y al momento de la entrevista, realizaba una consulta con una médica cirujana para una cirugía plástica reparadora. Ya que posee profundas secuelas en la cara, el cuello, el pecho y los brazos. También las piernas por ser la zona dadora, donde sacaron para injerto, tienen sus marcas. Tuvo más de 10 operaciones unas grandes otras más chicas, 3 en el brazo, 3 ó 4 en el cuello, en la boca, en las orejas dos veces y muestra cierta satisfacción ya que están bajando estos queloides de la cara, menciona en la entrevista. En el hombro también le hicieron un colgajo.

Su familia está compuesta por su marido, dos hijos y cinco nietos. La entrevista luego de casi dos horas, se tuvo que suspender ya que la angustia de la paciente produjo llantos, que lejos estaban con el objetivo.

H- D.C.

Hombre de 32 años, que a los 29 sufre un accidente donde se incendia la casa prefabricada que alquilaba.

Trabajaba en la provincia de Corrientes, en tareas rurales, en la siembra, manejando tractores, camiones, llevando de un lado a otro lo que se cosechaba sembraba y luego pasó a una granja avícola, donde juntaba huevos, llenaba una cantidad de maples que trasladaba a un depósito.

Hacía 3 meses que vivía en González Catán, al momento del accidente. Lugar donde vive uno de sus hermanos. Tiene 5 hermanos mayores que él y su padre. A su madre, no llegó a conocerla ya que falleció cuando él era un bebé aún.

Los dueños de la casa que vivían adelante, lo sacaron y lo lleva en su auto a un hospital de González Catán. Al mes lo derivan al Hospital de Quemados, donde pasa internado, otros seis meses.

Sus secuelas, son amputaciones de los dedos de ambas manos, quemadura en cara, cuello, una pierna y los dos brazos.

Con frecuencia visita el hospital ya que mantiene cierta amistad con el párroco de la institución, y por su personalidad, con trabajadores del equipo de salud.

Actualmente vive en A.P.A.Q. que es una asociación, que posee un hogar de tránsito a víctimas de graves quemaduras de escasos recursos, que deben someterse a intervenciones quirúrgicas y diversos tratamientos. Fue en ese sitio, donde le realicé las dos entrevistas.

H-D.C. tiene una personalidad que le permitió recorrer por su propia voluntad diferentes servicios de ortopedia, buscando respuestas a sus dificultades. Cada logro lo vive con una particular alegría. Por ejemplo, durante una de las entrevistas, me pidió que lo acompañara a la cocina para mostrarme como manejaba la caja de fósforos y lograba encender la cocina para preparar unos mates.

VII.3.2 - Análisis de ejes o categorías:

VII.3.2.1 - Miedos.

Esta categoría de estudio, fue agregada posteriormente a las entrevistas. Se hizo con motivo de lo llamativo que resultó por parte de los sujetos entrevistados las menciones de sus temores. Sensaciones que se expresaban, desde la propia internación, como un preámbulo a lo que esperaba de la sociedad, una vez dada la externación hospitalaria.

H- A. J., dice al respecto:

Ante la pregunta: ¿Tenías ganas de salir del hospital? H- A.J. contesta, No tenía ganas... No, quería quedarme a vivir en el hospital. Yo tenía mi habitación, mi televisor, era mi mundo en realidad...

En otra parte de la entrevista, donde se le consulta: ¿Te sentiste solo en algún momento, me refiero Institucionalmente desde el día que saliste? expresa:

“Institucionalmente... Lo que pude sentir es por la forma de ser que tengo, que siempre fui muy luchador por el trabajo que hacía y voy a volver a hacer de distinta forma... pero como institución de verdad, me sentí bien Me atendieron de primera, una vez que salí es como que quería volver acá a la pieza esa donde estaba, lo cual de un momento para el otro vinieron un día y me dijeron “Mirá te tenés que levantar porque a las 11 de la mañana te tenés que ir de acá... “Bueno en algún momento sabía que me tenía que ir....

Con respecto a este tema, H-D.C comenta:

“No quería irme, veía afuera como que, por la gente, me iba a sentir muy discriminado, pero muy ... yo no quería salir.”

Y M-B.E., al hablar de la internación, también hace una referencia al momento del alta, diciendo: “Acá la internación, lo que me acuerdo, es poco, en Terapia, estuve intubada dos meses. Estuve muy grave, muy mal. Lo que me cuentan los familiares que estuvieron conmigo dicen que la atención de todos fue muy buena. De todos...

Luego, fue muy duro cuando salí del hospital. Tenía miedo de salir, acá todos me conocían y no rechazaban las marcas de mi cara, ni de mi cuerpo”

Sin duda, estos comentarios, van marcando como se enfrenta ese límite entre el interior y el exterior del Hospital. Y el miedo es la sensación común.

VII.3.2.2 - Respuestas en la relación familiar:

El siguiente parámetro que analizaremos, son las referencias, al núcleo íntimo, familiar y de pareja.

Este es el núcleo donde se debería encontrar el mayor grado de contención. Veremos, que no siempre es así. Son distintas las respuestas, lo que en muchos casos agrava la relación con el resto de la sociedad.

H-J.J. al respecto, hace los siguientes comentarios:

“Los problemas los vas cambiando cuando va pasando el tiempo... por ejemplo, familiar, mi familia hizo mucha fuerza, por ejemplo, para estar muy fuerte, digamos estaban todos muy quebrados, muy mal anímicamente, es lógico mucha fuerza, un espíritu muy de lucha, muy luchador para salir adelante, para ayudarme a mí, para que todos salgamos adelante...”

“...Por ejemplo mi hermana mayor, se de comentario que a ella le hace muy mal verme así, que no puede verme de esta forma, que ella hubiera preferido morirse, porque me lo ha dicho también... y bueno, hace lo que puede ...”

“...Y bueno, también tengo otra hermana que a su vez viaja en avión, vive en EEUU, y me acompaña todo el tiempo cuando estuve internado, que me hizo mucho bien... junto con mi señora son mis pilares...”

“... Mi papá me esperaba y me dijo en la vereda, lo importante es que estás vivo, tené en cuenta que podría haber sido peor y mi vieja bien, siendo fuertes siempre,

por lo menos adelante mío.... Bueno mi hermana mayor no demuestra tanta fortaleza porque quizás no puede con su vida tampoco, imagínese. Ella tiene problemas psicológicos, le han pasado cosas en su vida también, se le murió el marido, cosas difíciles también que le cuesta salir adelante... no puede, no puede y ahora conmigo así se le derrumbó todo, peor será... peor, así que hace lo que puede.”

Con respecto a su pareja, señala a su manera, la dependencia que tendrá y lo hace en su propia debilidad que es la necesidad estética diciendo: “...porque me doy cuenta desde que me levanto, que me ayuda mi mujer, me daba cuenta desde el hospital porque me bañaba, me afeitaba...”

Otra es la realidad de **M-B.E.**

Ella se siente contenida por sus hijos. No pudiendo establecer una buena relación de pareja.

Ella expresa: “...Mi marido, del que estoy casi separada, con quien vivimos en la misma casa, pero dormimos en distintas habitaciones, no hacemos vida matrimonial, porque yo es como que no me acepto, por ahí recién ahora por ahí, yo no acepto mis secuelas quisieran que se borren...” En otro momento de la entrevista resalta:

“...Pero a nivel pareja no, no me acepto yo como mujer yo andaba mal y con esto peor...”

“...También tengo mis hijos mis nietas, con ellas bien, tengo 5 nietas, al principio me preguntaban, ¿Abuela que te pasó? tengo nana, le decía yo, me operaron. Ellas no están cómodas hasta ahora, tengo una de trece años que no hacen diferencia de nada, al contrario, me cuida en las nuevas cirugías...”

“...Mis hijos me apoyan los 2 el varón y la mujer, tienen 36 y 35 años, ellos me apoyan. Mientras estuve internada el varón estuvo continuamente acá conmigo, decía que no se volvía hasta que no fuera conmigo, mi hija había tenido una bebé y se le complicaba, pero también cada tanto venía. Mi pareja vino dos veces, yo estaba en terapia, tengo así una imagen vaga, también me visitaba mi hermano que vive acá en Buenos Aires. Lo que más me ha costado, fue el primer tiempo, no estar tanto con mis nietas...”

H- D.C.

Es uno de los casos particulares por la poca referencia familiar que formula en la entrevista. En un momento, de la misma, **H-D.C.** dice: “...No iba nadie a verme.” Haciendo referencia a su internación.

En función de ese comentario, se le pregunta: - ¿Familiares, vos acá no tenías?

“...Tengo un hermano en González Catán, pero él decía que no podía mucho ir a verme, tenía que cuidar a sus chicos y cuidar de su casa. Entonces iba una vez cada 15 días, 20 días, no iba muy seguido. Mi familia está en Corrientes, suelo viajar seguido...todos los años viajo seguro alguna vez viajo...”

-Y cómo te recibe tu familia?

“- No mi papá no ni quiso ni abrazarme, nada... no quiso saber nada. Por dentro de él pensaba que yo no era su hijo... Fuimos y me senté adelante de él, el que hablaba era mi hermano le explicaba a él... hablaban ellos, mi papá hablaba con mi hermano, pero mirándome a mí... con los ojos grandes como si estuviera asustado. “

- ¿Mamá tenés...? “- No, ella falleció hace mucho, no la conocí....”

Luego, al avanzar el relato, hace otra referencia:

“... Entonces, mi papá cada vez que iba, me saludaba e iba preguntándome ¿Cómo estás? Así seguido cada año que iba, y en enero ya vi que había un acercamiento, me sentaba con él ya charlaba más... aflojó”

M- A.M

Ella solo hace un par de relatos con respecto a su familia, ya que el accidente en sí, provocó la ruptura de la misma.

Nos cuenta: “...Tuve un accidente cuando tenía 3 años, en Mendoza, Godoy Cruz. Se incendió la casa, a mí me cuidaba la vecina. Eso me cuenta mi mamá, yo era muy chica, mi mamá tenía 16 años, mi papá 17 y los 2 trabajaban y me cuidaba la vecina.”

Luego, hace otra referencia cuando la pregunta es más específica:

“...Con mi familia, ahora me estoy llevando bien desde hace bastante. Estaba peleada, mi mamá se casó con otro hombre Mi papá y mi Padrastro no se llevaban bien... cosa de familia... y, ahora bien.

Yo tuve el accidente y la jueza le sacó la tenencia a mi mamá, me quedé internada en un hogar hasta los 17... 16 años No creyeron lo del accidente, bueno... eso es lo

que me contó mi mamá, como era menor de edad, le sacaron la tenencia, porque no sabían si era verdad lo del accidente, como había sido...”

Ante la pregunta de relaciones de parejas, ella responde: “No... ahora no...”

Pregunta: Ahora no, ¿pero en algún otro momento? “-...Si, no, pero no cosa así sería... Es por mí.” Fue su respuesta y luego agregó... “las cosas personales no las quiero contar” poniendo una barrera, propia de su carácter introvertido.

Es notorio como en todos los casos, los pacientes sienten culpa ante la respuesta que los familiares o parejas que no aceptan la realidad. Hermanos, nietos, parejas, por un motivo o por otro, en los relatos queda el peso del lado del paciente con secuelas.

VII.3.2.3 - Reinserción en la sociedad

M- B.E.

“El primer tiempo, me fui allá a Entre Ríos, no salí de mi casa, estuve en la casa de mi hija y estuve adentro, salí a ver a mi mamá a los 15 días a la tardecita un ratito y me volví...”

Al hablar de sus secuelas físicas M- B.E. comenta:

“- Tengo la cara, el cuello, el pecho y los brazos. También las piernas por ser la zona dadora, donde sacaron para injerto, tienen sus marcas. Por ejemplo, los brazos en verano, yo no los uso todavía descubiertos, ni en verano. Siempre estoy con una camisa...”

“...Lo más difícil de todo, lo que más me costó, fue salir a la calle, la mirada de la gente, que te pregunten por ahí, ¿Cómo fue que ocurrió?, ¿qué te pasó? Y no poder por ahí o no querer por ahí responder, la gente no te pregunta ¿Cómo estás? ... Es duro”. Nos comenta en otra etapa de la entrevista.

Con respecto a su autoagresión se le consulta en un momento a **M-B.E.**

-¿Te resulta más duro esa parte del pasado que el presente? Y nos responde:

“- Ahora es como que dejo de lado, por ahí cosas que me habían pasado y enfoco en estar bien, en recuperarme. Pero el tema de las miradas es duro, capaz que yo vivo en un pueblo chico y nos conocemos todos y siempre hay alguien, hasta ahora, que te pregunta, eso es lo más difícil, vivo en Entre Ríos...”

“...En lo social es como que yo ya no salgo, no voy a reuniones, trato lo menos posible. El salir a la calle, hasta ahora me cuesta, es muy difícil. La cara está descubierta, tal vez ya me haya acostumbrado, pero los brazos, el cuello, siempre trato de cubrirlos. Es muy difícil, muy difícil...” Resalta luego.

“...Lo que más me ha costado, fue el primer tiempo, no estar tanto con mis nietas, la parte social todavía no puedo, yo antes estudiaba, hacía cursos y no pude retomar nada de eso, tengo un grupo muy chiquitos de poquitas amigas que no preguntan, me apoyan...”

“...Pero no puedo salir con unas bermudas, una musculosa, con ropa cómoda mangas cortas eso no puedo...”

“...Quiero salir adelante, pongo fuerza para eso, me gustaría ser feliz intentar caminar, (Se caen algunas lágrimas, se las seca y continua) yo siempre digo que Dios me dio una oportunidad y tengo que aprovechar, depende pura y exclusivamente de mi, tratar que me afecte lo menos posible el afuera y salir yo adelante, tengo que caminar. No es fácil, es muy difícil las secuelas están ahí uno las miras, es imposible no verlas cuando se baña, cuando se mira, querés ponerte una camisa que te ponías antes y no puedes...”

Allá con un pueblo chico de gente que uno conoce uno nota, las miradas de lástima o de asco... Tal vez acá en Buenos Aires sea distinto, yo en el hospital, por ejemplo, me siento muy bien...

Como uno mismo ya se está auto discriminando un poco, afuera esas miradas y las secuelas pesan y mucho.

... Cuando salí de terapia no sentía ni un músculo, con escaras por todos lados, me he recuperado, pero sigue doliendo... acá hay gente que te dice, no con las heridas no pasa nada, lo que sirve es lo de adentro, pero las heridas son las marcas que uno se ve y a uno no le gusta y que no le gusta a mucho tampoco... Por ahí los nenes que están con su mamá y vienen y te preguntan ¿Qué te pasó? Y no saber qué contestar, los chicos te preguntan y esa miradita de ellos inocente te toca y...

H- J.J.

“... y al otro día, sin dormir prácticamente, cuando salía a la calle cuando baje las escaleras del hospital de quemados... me mareaban los autos, me sentía mareado... me mareaba la gente, a su vez había perdido 12 kilos, que ya me habían informado

los médicos, que la pérdida, pero otra cosa es salir a caminar. El choque con la gente me fue muy difícil...”

“... después amistades, he tenido... o sea... tengo un amigo, que es mi referente, que me ayuda mucho y a su vez otros amigos que eran referentes, han dejado de serlo... o sea, no han venido a verme ni siquiera una vez, o me mandan un mensaje de whatsapp para ver como estoy, porque les da no seque verme o no seque cosa extraña, porque yo sigo siendo el mismo, solo perdí los miembros superiores, en un accidente. A su vez lo perdí en un accidente, no es que me fui a robar un banco y me agarré a tiro con todo el mundo... nada... tuve un accidente nada más.... No soy ningún delincuente. No hay nada de qué avergonzarse...”

“...Con algunos amigos míos estoy muy disgustado, han dejado de verme, me han dejado de lado... Está bien... es lo que ellos sienten, es la forma de sentir de las personas... Me rodeo de gente que realmente me quiere, con mi familia, hay momentos que la calle me cuesta, me cuesta salir a la calle, ehhh me cuesta aceptar, no porque yo acepte el problema que tengo, porque me doy cuenta desde que me levanto”

Es necesario resaltar, que H-JJ no tiene secuelas queloides, en su rostro, ni en otra parte del cuerpo. Sufrió amputación de sus miembros superiores, secuela más común de ver, ya que también suele encontrarse en otros tipos de accidentes. Tal vez por esa misma razón es que tiene respuesta en instituciones como IREP, y en el plano particular de esta persona, tiene una posición económica sólida como para encontrar diversos tipos de amparos. Sin embargo, fue puesto en el estudio, porque como queda demostrado en el análisis de esta dimensión, vemos que el proceder social, como queda expresado en estas 3 intervenciones, no difiere. Como así tampoco, el miedo y la sensación al momento de enfrentar la sociedad por parte del paciente.

M-A.M.

Fue difícil, en Mendoza no se ve tanto quemado, como acá, en Mendoza se ve muy poca gente quemada. En Bs. As. hay mucha gente, acá el hospital es chico y solo hay quemados, el de Mendoza es grande y hay de todo, cosas que se hacen...

“... me molesta de la gente que me miren como diciendo... como si... como que nunca vieron algo, como que se asombra, acá me di cuenta en Bs. As... “

Al preguntar por su etapa de adolescencia, M-A.M. reconoció:

“Mi adolescencia fue difícil más complicado, quería salir y me daba vergüenza, no salía mucho, me quedaba encerrada, me costaba mucho. Tenía psicólogo... No se si era vergüenza, era que me iban a mirar y no quería... que me miraran como si fuera extraña...”

“... tuve que aprender yo misma a saber que la gente igual iba a mirar, ya de chica hasta ahora siempre fue igual ya me acostumbré...”

En otro momento de la entrevista, hablando sobre discriminaciones, ella recuerda: “Nooo, que la gente se burlara no... Puede ser en la primaria, cuando era chica. Iba al colegio y cuando me internaba iba la maestra domiciliaria, me quedaba internada dos meses, tres meses...”

“...En Mendoza me encerraba en mi mundo...Mi mundo era mi casa quedarme encerrada, hacer manualidades, a veces juntarme con alguna amiga, tenía 2 o 3... ellas querían salir, pero yo no quería salir nada... salía muy poco.”

Al finalizar la entrevista, ella cierra con la frase:

“... La misma sociedad es discriminadora. Trato de no darle tanta importancia...”

H- D.C.

Este paciente, de una particular personalidad, tiene a pesar de la misma una particular y sensible observación de reinserción en la sociedad. Nos cuenta en su entrevista algunas reflexiones como las siguientes:

Cuando estaba por salir del hospital, se cuestionaba: “¿Adónde voy a ir?” y se respondía,

“A Corrientes no me dejaban ir porque es muy lejos, tenía día por medio ir hacerme ver y esas cosas... y lo otro que era chocante, ¿Cómo me iba a relacionar con la sociedad afuera? Era muy feo A través de los psicólogos, y todas esas cosas, empezaban a hablar y Carlos (el cura del hospital) me consiguió acá y me trajeron acá”²⁹

²⁹<http://www.apaq.org.ar/pres.htm> **A.P.A.Q.** es una asociación sin fines de lucro fundada en el año 1961, dedicada de lleno a atender y brindar apoyo integral a víctimas de quemaduras de escasos recursos, mujeres y niños que deben someterse a intervenciones quirúrgicas y diversos tratamientos que se realizan en esta Capital.

“Si... no quería irme, veía afuera como por la gente me iba a sentir muy discriminado, pero muy muy y yo no quería salir.

“... a lo primero, la gente se te asusta, si va por la misma vereda se alejan dos pasos al costado por lo menos, vas en colectivo y no quieren sentarse al lado tuyo, piensan que estas enfermo y no saben que tipo de cosa tenés, pero si estuviera enfermo, no andaría caminando al aire libre, por ahí...”

“Yo no quería salir de ahí, yo no quise dejar el hospital, no quería salir afuera, se hablaba de eso, hubo enfermeras que me dijeron que si no me sentía adaptado todavía, quedate, nosotros vamos a cuidar por vos y te vamos a cuidar acá, otras enfermeras, dijeron que si era una solución, puedo hablar y te puedo llevar a mi casa, y así, hasta que me trajeron acá y cuando me trajeron acá, era distintos, yo miraba para todos lados con quién trato acá al principio, yo estaba encerrado en mi habitación, después con el tiempo, como me tenía que ir a hacerme ver yo, tenía que salir y andaba con una máscara en la cara parecía de la película Jason” (Refiriéndose a Jason Voorhees que es el protagonista de la película “Viernes 13”).

“Por ejemplo semanas anteriores, hace poquito, yo no quería salir de la habitación solo quería dormir, dormir, dormir... No tenía tele, no tenía nada, iba a la plaza miraba la gente y me aburro, me moría de tristeza... era como que me estaba encerrando yo solo... y bueno, ahora que empecé a ir de vuelta al hospital, porque hace bastante que no había ido y me hice amigo con los que trabajan en consultorio.”

Con respecto a sus amigos, al ser consultado en la entrevista, manifiesta:

“...No los amigos de antes hoy en día, yo los he cruzado y ni se imaginan que soy yo, yo tampoco los busco. Supieron que me había pasado el accidente, fue por mi hermano de González Catán.... pero no los he buscado, ni ellos tampoco a mi...”

Al consultarle sobre sus relaciones en la provincia de Corrientes, H- D.C nos responde.

“..Si, si tengo amigos allá, con ellos si me relacioné y cada vez que voy... A lo primero, les costó. Lo que más cuesta, hoy en día es con los chicos, con los chiquitos, por ahí una persona grande, se contiene y no te pregunta, pero los chiquitos por ahí de 6 - 7 años te dicen que feo... se asustan y se van... y vos sentís algo como un calor por dentro tuyo...Es ese momento, después los chicos se adaptan y se van acercando...eso es lo que más cuesta, hasta el día de hoy con las familias que tienen chiquitos, se esconden...

Cuando fui por primera vez a Paraguay había un chico como de 6 años y al principio, estuvo como 2 días encerrado en su habitación, no quería salir... comía en la cama y todas esas cosas. Cuando pasaron los días fue saliendo afuera, se fue acercando y jugábamos a la pelota, todas esas cosas... Hoy en día hablo por teléfono con él...”

“...yo iba a la plaza, pero a eso de las 8 y media, 9, cierra la plaza, tiene rejas ahora... Yo me iba una hora antes que cerrara, que era atardecer algo ya oscuro, para hacer menos atención por una vez que salía llamaba la atención, todos te miran... todas las vistas estaban ahí... Uyyymirá como está... Todo el tiempo me sentía observado... Después a la tarde, viste que hay gente que saca sus animales a plaza y todas esas cosas... y pasaban por al lado y el perro se quedaba a tu lado te olfateaba y ya comenzaba una conversación, con el dueño del animal...y te preguntan qué te pasó y al comenzar a explicarle, entras en una conversación y vas al día siguiente y de vuelta lo mismo... y así me fui adaptando.”

Es muy claro en su relato la lucha de esta persona para sobreponerse a caca una de las reacciones que la sociedad tuvo con él en el momento de enfrentar su modificada realidad.

Es notorio, como en distintas provincias, distintas sociedades, los escenarios no se modifican, son los mismos trayendo los mismos problemas las mismas sensaciones. El peso cultural de lo estético, de “lo normal” lleva a un desplazamiento casi natural de este tipo de pacientes que se encierran, como los monstruos de Foucault, que se ocultan en sus dormitorios o en el atardecer de una plaza. Debiendo incluso modificar, en función de las aceptaciones, sus grupos íntimos sociales.

Un capítulo del libro de S.J. Taylor y R. Bogdan, “Introducción a los métodos cualitativos de investigación” – la búsqueda de significados, se titula “Sea honesto, pero no cruel” ese título repercutió en toda la manifestación del producto de investigación. Es muy difícil que la crueldad del sensacionalismo en el relato no desproporcione y oculte el verdadero problema, llevando a una pérdida de la honestidad que el dolor y la impotencia conlleva. Para no caer en esa coartada, es que se transcribió palabra por palabra, encomilladas las manifestaciones de los sujetos investigados. Cualquier adjetivo que se agregara corría riesgo de prolongar ese puente que hay entre el objeto investigado y el lector de la investigación.

VII.3.3 - Otras entrevistas - Informantes claves:

Con el objetivo de complementar el cuadro, que nos proponen los distintos pacientes investigados se realizaron otra serie de entrevistas a informantes claves.

Los profesionales consultados, fueron dos trabajadoras sociales, a las que mencionaremos como **TS-R** y **TS-N** y una psicóloga, **Ps-C**. Se transcribirán las declaraciones que marcan la limitación del servicio institucional u otras que fortalezcan las expuestas por los pacientes entrevistados

VII.3.3.1 - Entrevista a trabajadoras Sociales...

TS-R, tenía 7 años de antigüedad en el servicio. Comentó que cuando ella había ingresado, había solo 2 trabajadores sociales desempeñando sus funciones

“... Entre junto con otras dos colegas. La formación generacional marcaba alguna diferencia entre los colegas, con distintas maneras de intervenir. Desde ahí el ingreso de nuevo recurso humano modifico el trabajo. En lo que va de estos 7 años se siguió incorporando gente. Ya somos nueve. Llevo un tiempo conocernos. Nos distribuimos por equipo. Todos los días vemos el listado o censo y en función del cirujano que tenga a la cabeza el equipo nos distribuimos en los distintos casos...”

Ella comenta que existen áreas donde cada uno se siente más cómodo trabajando en función de una capacitación previa especializada y que en general son los casos de violencia donde se generan más líneas de acción. “Algunos nos sentimos más sensibilizados con temas de violencia de género otros con discapacidades u alteraciones mentales.”

“...Hay variables que atraviesan todos los casos como la precariedad habitacional, la laboral incluso la precariedad en los vínculos lo que representa el proceso de internación. Partimos de entender que hay un episodio que irrumpe en la vida cotidiana de las personas y que eso modifica todo, contexto más micro tipo familiar, a su contexto más macro tipo redes sociales una gran modificación abrupta...”

“...Nuestro trabajo, ahora que lo pienso, es poder facilitar (mediador) alguna información o recurso que vos tenés, lo pones en escena, y en un punto depende del otro que lo quiera o lo pueda tomar....” Aunque aclara que no siempre los resultados son los esperados, ya que, durante la internación, se trabaja proyectando situaciones a futuro.

“...En cuestiones de violencia, depende de los casos, hubo uno que se trabajó desde la palabra y la mujer volvió al contexto. Hubo un caso donde se facilitó la denuncia mientras la joven estaba internada trabajando con la línea 137, han venido del hospital y en el momento que se iba se ha ido directamente a La Oficina de Violencia Doméstica (OVD) a hacer la denuncia y desde ahí se ha articulado la casa refugio, tratamiento, medidas perimetral. Después hay casos donde pesa entender

que la decisión final está en el otro. A veces se trabaja mucho durante la internación, pero hay que comprender que tal vez no sea el momento para esa persona. “

“Hay situaciones donde uno trabaja más “seguimiento”. Ofrecemos los horarios en los que estamos y cuando quieren pasar respondemos. Generalmente tenemos contacto los días que están citados con el médico cirujano. Después hay “seguimientos” con cuestiones que tienen que ver con tramitación de recursos tipo pensión, discapacidad. ...“Este tipo de comentario deja reflejado como el poder médico hegemónico continua formulándose. Los pacientes, una vez dado de alta, solo consultan al Servicio Social, si están en el hospital, con algún turno de consultorios externos, donde los cirujanos, evalúan la evolución de las secuelas quirúrgicas.

Luego, se suma **TS-N** quien comenta sobre un proyecto, que están llevando a cabo, con el fin de hacer amena la espera, de los niños, en los consultorios externos. Comentan que en ese aspecto, trabajar con adultos es a veces más difícil. Sus palabras fueron las siguientes:

“...Son instancias de inserción y observación como para ver si se pueden ir haciendo otras cosas, como hacer se pueden hacer un montón de cosas, pero también, no había departe del hospital previamente, tal vez debido al sistema donde cuesta mucho instalarlo y previamente problematizarlo, cuesta mucho lo que es adulto, yo puedo hablar por experiencia propia, es problematizar, un paciente no es solamente viene con la piel quemada sino que viene con su historia, si no quiere recibir una práctica invasiva, no es porque sea malo o por lo que no quiere lo que yo quiero, si no que tiene que ver con su historia. Por ejemplo, una quemadura, en contexto de violencia, esa mujer tendrá características distintas a un paciente que no está tan vulnerado, al menos en ese aspecto. No es que sale con frita, que son todos iguales si no que hay una mirada que no tiene en cuenta la historia de vida de un paciente...”

Cuando el investigador apunta este último comentario como una traba a la reinserción, la Trabajadora social **TS-N**, aclara:

“...Si habría que definir reinserción o integración, son dos cosas distintas. La reinserción, está pensado más conceptualmente más desde el trabajo, en el mercado de trabajo que es muy poco en estos pacientes que sufren discapacidades por amputación u otro tipo de secuelas y otra cosa es la integración, que es distinto. Los pacientes que tienen mayores secuelas hay que ver desde donde, si es desde el trabajo o es desde la sociedad en sí...”

Más adelante esta trabajadora social aclara:

“... el Modelo Médico Hegemónico, por ejemplo, no tiene en cuenta, que el proceso es Salud – Enfermedad – Atención más Cuidado... el cuidado esta relegado también al paciente, no solo es el proceso Salud – Enfermedad y punto, la atención y el cuidado, también es parte y se van construyendo con el paciente, modificar hábitos...”

Luego, en función del Modelo médico hegemónico, se hizo mención a la empatía y cierto comportamiento, en función de definiciones de Eduardo Menéndez, quien observa como se empodera un médico en función del saber

“... Muchas veces por ejemplo, nos dicen....- No, pero no entiende nada..., y no es que no entiende, hay que mirar como se lo estas explicando y tener en cuenta que desde lo que para vos es un entendimiento del entender...”

“... es contradictorio que cuando vos estas estudiando una carrera que tiene que ver con trabajar con el otro es súper contradictorio, que después, con el tiempo, terminas haciendo prácticas mecanizadas sin tener en cuenta que eso para nada es lo que pensabas, que eso no es una mesa, no es una carpintería, es un sujeto...”

Hacen referencia, también a cuánto costó para que se aceptara que un paciente que tiene el alta médica, puede no tener el alta social

“.. Si... con respecto a eso, nosotros trabajamos mucho con el equipo, desde la sala, que el paciente no tiene un alta médica, nada más... digamos acá hay como una cuestión también, que esta como muy instalada, legitimada, que el alta le corresponde al médico.

Los otros días una enfermera me decía, -La cirujana ya le dio el alta la paciente. –Si, la cirujana si, pero hay un alta social que no la tiene... y me discutía, acá el que da el alta es el médico, No, el médico da las indicaciones, pero se deben complementar con otros servicios, y desde lo social, el alta no la tiene...me miró como diciendo... No te lo entienden.”

“...Tiene que ver con la mirada, porque es la mirada dirigida y sesgada. Es como si la quemadura fuera todo, como si eso orgánico, biológico fuera exclusivo...”

TS-N, comenta “... También desde adentro para los médicos es esa cuestión por ejemplo con el clínico, es decir desde lo quirúrgico, para el cirujano, puede estar resuelto, pero para el clínico no hasta dentro de lo médico está la jerarquía.... Y eso es una construcción y es también un tiempo de hablar...”

Luego, la entrevista tomó otro cause y se dirigió la mirada más a la red. Transcribo en esta situación el diálogo completo ya que muestra la mirada que el investigador quiere enfocar y la que las Trabajadoras sociales, desde su servicio, pueden alcanzar.

El entrevistador hace el siguiente comentario:

“... yo hice algunas entrevistas, y en particular hay una, que me llamó la atención de cómo el paciente, con la cantidad de lugares que él recorrió se hizo su propia red. Mi duda es ¿Por qué no institucionalizar esa red, y que no dependa de la voluntad de una persona, articular todos esos lugares?”³⁰

TS-R “-Se hace eso, depende del lazo del vínculo que entable con el profesional, pero en otros casos si, se hace esto que vos decís, Se asesora, se chequea antes, se envía alguna notita de derivación... No está formalizada una red así con la imagen que tenés vos, pero si se va haciendo un acompañamiento a esa cantidad de puertitas que se van golpeando...”

Entrevistador – Pero va dependiendo de algunas voluntades personales...

TS-N - ¿De los profesionales o de los pacientes?

TS-R – Depende... yo te decía recién cuando hablamos de cosas del servicio, y también, te decía que como equipo, si hay cosas que nos falta..., como servicio, nos falta, pero cada uno ha podido ir encontrando una trayectoria en este lugar, su manera de trabajar acorde a sus ideales, a sus intereses a su formación y teniendo en cuenta los contextos donde uno se va moviendo, que no son iguales, no son homogéneos. No tenemos algo estandarizado, para tal caso, trabajamos así, así y así... tampoco se puede, uno va construyendo...

Entrevistador - ¿Esta aceptada esa Red?

TS-N -Los lugares a los que hay que ir están claros, Esta claro como poder orientar eso si bien en Capital o el gran Buenos Aires. Hay diferencias entre los certificados de discapacidad, lo que habilita un certificado, y obtener una pensión. A veces una persona se hace mucha ilusión con el tema de la pensión, pero sucede que le tiene que dar un porcentaje de discapacidad de un 76 % por eso es que hay que ser cauto

³⁰El investigador se refiere a H-D.C. que se conectó con la institución religiosa del hospital, con APAQ, por intermediación del párroco, con el Servicio nacional de Rehabilitación donde fue al servicio de Ortopedia y se hizo hacer unas férulas, lugar que se enteró de su existencia por medio de Comuna 9 donde preguntó mientras realizaba unos trámites. También se conectó con Gino Tubaro que le hizo una mano en 3D que no le fue muy útil, a quien ubicó por la red social facebook luego de un comentario del ex presidente Obama, en una visita que realizó a la Argentina. También fue a una ortopedia del Hospital Roca donde le hicieron unas plantillas que le solucionaron el dolor, al caminar, que le producía una secuela que tiene en el talón. También consiguió la realización de unas férulas en una ortopedia de la calle Sanz Peña.

porque eso lo determina una junta evaluadora en función del Certificado Médico Oficial (CMO). Se evalúan diagnóstico, estudios. Hay casos grises con eso donde uno no sabe si alcanza porcentaje o no. No toda la gente tiene una red familiar que pueda acompañar a estos trámites, todo esto implica tiempo, dinero.

La transcripción textual del diálogo producido en la entrevista, fue expuesto por como refleja la impotencia en el trabajo en red, y cierta resignación como para poder continuar las funciones del servicio de la manera que se puede. La limitación reflejada, pareció que abarca los distintos actores de este campo, desde los pacientes en la aceptación, los propios trabajadores del servicio, ya sea por su reconocimiento institucional o por un accionar más ligado a la voluntad que a una organización institucionalizada. Como así también la limitación del resto de las instituciones que deberían formar esta red, donde por distintas interpretaciones, como las expresadas en el ejemplo del certificado de discapacidad, muchas veces terminan decepcionando la esperanza del paciente y la labor del trabajador social.

La primera parte de esta entrevista, nos evidenció la dificultad interna del hospital con respecto al Modelo Médico Hegemónico. Esta condición cultural, es difícil que sea observada por los pacientes, quienes a su vez tienen conductas inconscientes que refuerzan dicho modelo, motivo por el cual, es importante que dentro de la institución sea observada, reproducida y escuchada los impedimentos que este accionar provoca. El Servicio Social sufre las consecuencias, las que a su vez tienen sus implicancias en los pacientes.

Entrevista a otro informante clave

Por intermedio de una trabajadora social, se logró hacer la conexión con una psicóloga, que había trabajado durante un tiempo en el hospital de Quemados habiendo llevado a cabo una particular experiencia

VII.3.3.2 - Entrevista a Psicóloga

Ps-C. es como llamaremos a la psicóloga que aceptó una entrevista, nos plantea de entrada lo importante que fue su paso por el Hospital de Quemados.

Aclara que para trabajar con este tipo de pacientes es fundamental diferenciar que por un lado, hay un terreno del orden del organismo, de las heridas, pero menciona que Freud habla que el organismo del ser humano, tiene otro cuerpo, hecho de pulsiones de las identificaciones de la imagen corporal. Dice "...entonces hay que ver que de esa lesión orgánica genera en ese otro cuerpo, más libidinal si se quiere, o sea, apuntar ahí..." Es decir, que el interés, en este campo, está puesto en ver que se

genera en este otro cuerpo, en esa persona donde de pronto algo de su imagen se rompe. Hay muchas pacientes que decían, “soy un monstruo ahora, y no quiero vivir así”, comenta la psicóloga.

En estos casos, es necesario que la persona pueda agarrarse de otras identificaciones y pone como ejemplo: “...recuerdo de una paciente que la había quemado la pareja, ella decía que no soportaba ya ser” la bonita” entonces en el tratamiento fuimos encontrando la identificación, con “la mujer trabajadora” y eso le sirvió para salir de ese aislamiento esas ideas suicidas...”

Esta profesional, rescata muchas cosas de su paso por el hospital, resalta que al ser un Hospital chico, en función al número de pacientes que se atienden, esto es una oportunidad pues los psicólogos ven a todos los pacientes, lo que no ocurre en otros hospitales, donde los médicos consultan cuando ellos consideran que hay algo para ver, como un estado de angustia o depresión del paciente, observado por el profesional médico.

Ante la preocupación planteada por el entrevistador, en la continuidad de atención de los pacientes externados, la profesional, recuerda que las mujeres eran quienes más consultaban luego de la externación, ella condicionaba esa demanda a que la imagen en la mujer tiene más peso que en el hombre y eso les hacía pedir tratamiento. Algunas pacientes seguían viniendo y mientras se hacían cirugías ambulatorias, seguíamos acompañando, se hacia ese tratamiento se usaba un espacio que no terminaba con la internación. Ante esta realidad, hizo una propuesta y con el apoyo del jefe del Servicio, armó un grupo para pacientes externados. En un principio fue mixto, pero luego como había pacientes mujeres que decían no poder hablar de ciertas cosas en presencia de hombres, se terminó haciendo un grupo de mujeres a las que les servía como una especie de espacio intermedio, porque lo que muchas veces está es el aislamiento, no quieren salir, no quieren que se las vean así.

El grupo estaba formado por 2 o 3 mujeres que iban siempre y otras que concurrían con diversa frecuencia. Se daban consejos entre ellas, y resaltaba la utilidad entre “el salir y el aislamiento”

Rescata un caso de una paciente que hizo todo un tratamiento y se puso a estudiar cuestiones de cosmetología con quemados y se fue anotando en cursos y aconsejaban a otras en función de eso.

Se pusieron carteles en el hospital, con el fin de hacer crecer esta actividad, pero cuando a ella, le salió un cargo en otro hospital y se tuvo que ir, se terminó la experiencia.

Aclara que la continuidad, para ella, no dependía de la voluntad del paciente, si no que tiene más relación con lo que se les ofrecía. Esto, **Ps-C.** lo iba observando durante la internación.

Rescata un análisis que le llamaba la atención: "... me impactaba la cantidad de estragos de parejas que por ahí en una discusión o ella se terminaba quemando por no soportar una posible separación, o él la quemaba. Una modalidad de pareja fragante donde no había posibilidad de separación entre uno y otro y eso durante la internación es una oportunidad para trabajar ese vínculo. Para producir algún límite entre uno y otro, estragos de pareja, estragos madre e hija."

Con respecto a los pacientes del interior o del Cono urbano, nos aclara que algunos seguían el tratamiento allá directamente y otros venían una vez por mes al seguimiento, dependiendo de los médicos y ahí se los atendía. Encontrándonos nuevamente con la objeción planteada también en el servicio de Trabajo Social.

Se limita lo que pueda ofrecerse por el bajo número de profesionales psicólogos, en función de la demanda.

- Otra consulta que despertaba un cuidado particular en las entrevistas con los pacientes y tiene un alcance significativo en la integración de pareja, es lo que respecta a la sexualidad. La respuesta de Ps-C fue: "...-En las pacientes que traían demanda en relación a eso, eran mujeres, pero no recuerdo que hombres, aunque seguramente también influyera. Como no venían al grupo... y no seguían tratamiento después, como que por ahí enseguida se insertaban en lo suyo y seguían..."
- También lo pone en un contexto de ir recuperando otras marcas, ir historizando, ir armando coordenadas de la subjetividad más allá de la herida, lo genera ciertos movimientos en el espacio psicológico.

Rescata que hay una defensa del aislamiento, en cada tratamiento, pero hay que ver que función cumple, ver si es por la quemadura o es una defensa previa, hay que darle estructura química, Nos dice: "...no es lo mismo una psicosis que una neurosis, por ahí hay pacientes psicóticos que se protegen a ellos mismos, el contacto con el otro porque saben que es algo que lo pueden descompensar, entonces arman eso de "Acá no me acerco", a las mujeres no, por ejemplo entonces la quemadura viene a reforzar eso, hay otros casos donde no, esa ruptura de la imagen tomó tal

consistencia que es imposible ver otra cosa más allá de eso. Por eso digo, ir recuperando otras marcas, ir historizando, ir armando coordenadas de la subjetividad más allá de la herida, genera ciertos movimientos en el espacio psicológico....”

Siguiendo el cuestionamiento con el tema de la sexualidad, va dejando claro el concepto de que todas las mujeres tienen esa pregunta de cómo ser una mujer, cuando se produce un daño en la imagen, lo que hay que buscar, es volver abrir esa pregunta y no cerrarla.

Se trae a relación el tema del monstruo de “los Anormales” y se lo relaciona con la sexualidad, a lo que la profesional del área de salud mental rescata que “...el monstruo es algo que se escuchaba a mucho acá, me siento un monstruo, y ver a que llega lo monstruoso, por ahí pasa a deslizarse en un tratamiento a la sexualidad, pensar que pasa ahí.. y hay que ir sacándole el peso. Eso se va deslizando, se va como moviendo hasta que va decayendo...”

Luego, cuando comenzaba a cerrarse la entrevista, a pesar de haber sido en un consultorio del hospital, donde se había logrado un clima de verdadero aislamiento, **Ps.C.** comenta.

“... en psicoanálisis pensamos que se puede tener una posición masculina o una posición femenina independientemente de su sexo biológico. Alguien que esté en posición femenina, por amor es capaz de entregar todo, cuerpo, bienes ese punto de entrega sin límite, Lacan lo define como el punto de estrago femenino y eso se ve hoy en día muchísimo.

Acá me impactó encontrarme con muchos casos donde en esas relaciones tragante donde se es capaz de entregarle todo al otro, con tal de ser la única para él, llegar a quemarse, a veces ellas mismas, luego de una discusión. Es donde la subjetividad está totalmente tomada por el otro, el otro es como esa brújula que determina todo lo de una, paciente que dicen él sabe todo lo que a mí me gusta como que no hay otra cosa por fuera de ellos. Por eso es una relación muy difícil de dejar a pesar de todo el sufrimiento...” este párrafo de la entrevista que transcribo textual, nos da ese peso de la imagen, de la estética que la sociedad, machista ella, coloca sobre la mujer, sobre lo femenino.

Nos queda en claro que una cosa es el organismo, pero tener un cuerpo, construir una imagen corporal es todo un asunto para el ser humano, no va de suyo, decir este cuerpo es mío, siempre es problemático el cómo tenerlo. Si luego de ese armado,

una lesión destruye parte de esa imagen eso genera movimientos y hay que ver como luego se vuelve, como por medio de un tratamiento se encuentran otras brújulas otro orientarse, es todo el desafío el encuentro de nuevas coordenadas para reencontrarse con la vida.

La duda surge, con esa cantidad de pacientes que no tienen acceso a un tratamiento, ya que no todos quieren y no todos pueden. A veces encuentran recursos en la religión.

Ya con el grabador apagado, comenta una frase que apenas me despido, anoto en una libreta.

“El problema es cuando se da el alta, al principio vienen una vez por semana para curarse, pero luego se va distanciando y nosotros necesitamos entrevistas más frecuentes...”

VIII - Conclusiones y propuesta

VIII.1 - Buscando una herramienta de Intervención en Salud Pública.

En los pacientes quemados, con graves secuelas, se origina un corte entre las condiciones deseadas y las condiciones observadas. La primera de estas realidades, se debe a que el sujeto debe ser una persona sana, no solo física, sino también social y psicológicamente, que pueda retornar a su ámbito con las menores consecuencias posibles.

La realidad observada, no nos muestra indicios que esto sea cierto. Las secuelas debidas a la injuria térmica originarían trastornos de índole físico, psicológico y social, al no tener una inclusión en la sociedad como debería tener cualquier persona sana, es decir que debería existir una actitud y una dinámica de la sociedad para anular las barreras de acceso, de esta forma cada persona podría desarrollarse dignamente como un ser humano, independientemente de sus características y configuración física, mental, cognitiva o socioeconómica.

Es decir, poseemos una realidad insatisfactoria, definida por un actor social, que es el paciente secuelado dado de alta por la institución hospitalaria, que se reconoce por la especialidad en la respuesta a este tipo de contrariedad que la injuria térmica genera en los pacientes. Esta quiebra, entre ambas realidades, fue demostrada en este trabajo, fueron muy claras las diversas exposiciones, ya sean de pacientes como de los profesionales entrevistados. Las falencias observadas ya sean en ámbitos familiares, sociales, laborales y de otros tipos quedaron expuestas. Vacío, insuficiencias en las diversas inserciones, pacientes con escasas o nulas contenciones y menos aún institucionales, quedaron expresadas.

Cabe aclarar, que el motivo de la elección del tema a investigar, fue una profunda indignación, generada a partir de las observaciones, que se iban verificando al pasar de los años desde el lugar de trabajo y con la óptica ampliada, como para observar algo más de lo que ocurría en el laboratorio de análisis clínicos.

Una mezcla de indignación e impotencia, al ver que las “vidas salvadas”, eran las biológicas, pero sin lugar a dudas esos cuerpos secuelados le costaría llegar a ser nuevamente sujetos sociales que interactúen desde el afecto o en la producción, tan fundamental para ser reconocidos en este sistema actual.

Es por ese mismo motivo, que se considera desproporcionada en menos, la respuesta que se da a la aludida indignación si damos por concluida la tesis en este punto.

Llegado a este estado, solo se puede traducir el trabajo realizado, simplemente en una fundamentada denuncia. Pero el compromiso es mayor y surge al ver, y al sentir a estas personas, corroborando lo observado durante años con las encuestas realizadas. Sabiendo de la existencia de otras herramientas, hay cierta responsabilidad ética en exponerlas y continuar este enunciado. Más aún, si dicho compromiso se lo enfoca con una mirada social.

VIII.2 - Planificación de una respuesta

¿Por qué dejar excluida a una persona, socialmente, si se la puede acompañar e implicar en este acuerdo social que todo ciudadano debe tener?

¿Qué sentido tiene devolver a la sociedad un sujeto que no puede interactuar con la misma?

¿Por qué si algo se puede hacer, no hacerlo?

En función de dar cierto tipo de respuestas a todas estas interpelaciones es que buscamos una herramienta de intervención en Salud Pública, que podría estar dada por la implementación de un Programa de Rehabilitación, con base en una adecuada terapia ocupacional y asistencia psicológica satisfactoria y la debida contención social. Podemos realizar un proyecto, utilizando un desarrollo metodológico constituido en seis momentos de reflexión cada uno de ellos con dos diferentes tipos de vista, expresándolo en un esquema, sería:

DISTANCIA / TIEMPO	MOMENTO DE: Análisis de realidad a modificar	MOMENTO DE: Proyección de deseos y valores	MOMENTO DE: Descubrir caminos
MAYOR GLOBALIDAD	ANALISIS DE SITUACIÓN	IDENTIFICACIÓN DE LA VISIÓN	CONSTRUCCIÓN DE VIABILIDAD
MAYOR ESPECIFICIDAD	INVESTIGACIÓN DE PROBLEMAS	DISEÑO DE PROGRAMAS Y PROYECTO	DESARROLLO DE CAPACIDADES OPERATIVAS

La distancia, que indaga, proyecta y posibilita, es la distancia del sujeto analizador al objeto de análisis a ser transformado, en nuestro caso, el paciente secueado con Injurias térmicas.

Estos momentos de análisis se realizan en dos ópticas distintas, una de mayor globalidad, que observa al objeto en toda su dimensión y la otra, de mayor especificidad, con un vuelo más rasante, que enfoca detalles relevantes de la realidad en estudio. Es decir, con más precisión. Es como si miráramos un objeto en un microscopio y lo hiciéramos en dos momentos distintos, con diferentes aumentos en las lentes denominadas objetivos.

El otro eje, el del tiempo se pueden observar 3 momentos diferentes, el primero es el de los campos del “ser”, tiene como propósito conocer y comprender lo que está sucediendo. Es un análisis de la realidad actual.

Luego, en una segunda instancia encontramos los campos del “deber ser” donde se expresan los valores y los deseos planificados, como nos gustaría que fuera una nueva realidad.

Por último, el “poder ser”, es un campo donde se identifican estrategias que tienden a hacer posible los resultados esperados. Es un análisis de posibilidades y proyectos que llevarán a cabo la variación para una realidad deseada.

Es decir, los tres momentos, responden a las preguntas ¿Qué está pasando? - ¿Qué queremos lograr? Y, por último, ¿Cómo vamos a lograrlo?

Teniendo en cuenta estos planos, podemos definir un **análisis de situación**, como un análisis de los determinantes sociales de un problema discernido del proceso Salud/Enfermedad/Atención/Cuidado, es necesario luego de detectar claramente el problema, hacer una detallada deconstrucción desde las mismas demandas.

Este proceso es el verdadero documento de identidad de la medicina social necesaria de aplicar en este conflicto. Es el momento donde se construye una percepción global o panorámica, observando los sujetos que están involucrados en la problemática desafiada

En este caso el problema presentado es el siguiente:

Como ya lo habíamos adelantado, partimos de un sujeto sano, quién sufre una injuria térmica. El siguiente escenario, es una prolongada internación, que es en sí, un verdadero padecimiento. Una vez que el paciente deja de correr riesgo de perder la

vida, es dado de alta, es restituido a la sociedad una persona, que por algunas circunstancias, en su mayoría culturales, le cuesta insertarse en la misma. Esta persona, ya sea por problemas sociales o psicológicos es una persona enferma y sin respuestas del Sistema de Salud.

Esta sería una apreciación, subjetiva de lo que está sucediendo. Es este momento, un punto de arranque.

El ver – ser de mayor especificidad, sería la ***investigación del problema***, en realidad es una problemática global, que incluye una serie de problemas, por lo cual se debería en este momento, profundizar explicaciones e identificar algunos indicadores.

Podemos definir a esta serie de problemas, en general como actuales y no potenciales, referidas al tiempo y en función de su estructura, como inestructurados,³¹ si bien hay causa concretas que vinculan en forma determinista, sabemos también que cada persona puede reaccionar de una determinada manera, diferentes a otras, por lo que hay algún concepto de probabilidad o incertidumbre bien definida.

VIII.2.1 - Deconstrucción de la problemática

Expresaremos una técnica particular dentro del proceso de Investigación del problema.

Para reflexionar sobre esta situación podemos hacer uso de una herramienta que conecta la epidemiología crítica con la planificación estratégica.

A decir de Jaime Breilh³² podemos definir la epidemiología crítica teniendo en cuenta su siguiente concepto. “La epidemiología empírico-analítica asume como un pilar interpretativo la noción de "lugar" para las descripciones que construye. La epidemiología crítica supera esa noción restrictiva y propone una construcción innovadora del espacio de la salud urbana retomando los aportes de la teoría crítica del espacio y la geografía, y articulando estos avances con los de la propia epidemiología desde una perspectiva de la determinación social de la salud”ⁱ Este

³¹ Rovere M. Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud – OPS / OMS Clasifica los problemas en Estructurados; Semiestructurados e inestructurados. Los primeros serían de índole físicos, matemáticos, los segundos predominantemente biológicos donde aplican perspectivas de riesgos y los últimos sociales y psicológicos.

³² Jaime Breilh⁴. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano Salud colectiva v.6 n.1 Lanús ene./abr. 2010

instrumento, que aparece por primera vez en un artículo de un boletín de epidemiología de la OPS, articula contribuciones de Pedro Luis Castellanos, del campo de la epidemiología crítica y de Carlos Matus, como activo estudioso de la planificación, consta de una matriz que identifica diferentes planos y espacios donde se pueden explicar la “producción de realidades...”

Con un criterio de “Planos de las explicaciones” intentaremos elaborar definiciones a diversas profundidades. En primer lugar, encontramos el plano de los flujos o plano funcional, es el que representa la acción, lo que se manifiesta a los sentidos, malestares, descontentos, injusticia. Es el primer nivel de explicación de nuestra estructura problemática.

Luego, nos encontramos con un segundo plano, estructural, es el de los actores sociales, son recursos o acumulaciones, capaces de producir hechos, que interesan en cuanto son controlados por sujetos concretos. Ese producir hechos, es el que transforma la potencia encerrada en los recursos, en acto.

Por último, nos encontramos con el tercer plano, más estructural, que es el plano de las reglas, bajo las cuales, los recursos pueden producir hechos.

Por otro lado, ubicamos otro tipo de coordenadas, ya no referidas a la profundidad del análisis, sino a los espacios en que podemos darle una explicación.

También podemos definir tres espacios, uno, singular, definido por el alcance del actor, otro particular, que es un espacio mayor y que contiene al singular, que es de la misma naturaleza, que excede el nivel de decisión del actor y por último, un espacio aún mayor que incluye a los otros dos, pero es de distinta naturaleza, denominado, espacio general.

Teniendo en cuenta todas estas definiciones podemos armar el siguiente esquema, adaptándolo a la serie problemática que nos atañe. La matriz de explicación de problemas que obtenemos, quedaría esquematizada de la siguiente manera:

			Objeto problematizado
Plano/espacio	General	Particular	Singular
Funcional			Explicaciones inmediatas
Estructural			
Geno Estructural	Determinaciones conectadas con el modo de producción		

En esta matriz precisamos el problema a desafiar, es decir, al Objeto problemático, registramos algunos indicadores sencillos, nobles ya sean de naturaleza cuali o cuantitativa, para luego ubicar explicaciones en los distintos espacios o planos, siempre vinculando las explicaciones entre sí. Remontando, en forma inductiva, desde lo singular o desprendiendo en forma deductiva de lo general a lo particular, de lo geno estructural a lo funcional, son las dos formas de deconstrucción, que se pueden realizar en el uso de esta matriz, para la reflexión de la situación problemática.

Completando el esquema con los indicadores analizados en el Marco teórico, obtendríamos el siguiente diagrama:

		Barreras a la inserción social de paciente con secuelas graves de quemaduras		
		General	Particular	Singular
Funcional		Lo monstruoso que la sociedad no quiere ver o quiere ver encerrado.	Quemaduras, planteada como patología biologicista aguda	Se siente distinto No se siente sano
		Discriminación laboral	No hay seguimiento Institucional del paciente. No hay especialista en rehabilitación	Discriminación familiar, social
Estructural		Valor cultural de la estética. Belleza que puede ser arrebatada por venganza. El monstruo y la monstruosidad como depósito de temores colectivos	Modelo médico hegemónico, que privilegia la atención aguda curativa y puntual.	
Geno Estructural				

De esta manera tenemos nuestra realidad, con su problemática identificada y estudiada esquematizada en una matriz de explicación de problemas.

Retornamos al primer esquema donde analizábamos un desarrollo metodológico constituido en seis momentos de reflexión, cada uno de ellos con dos diferentes tipos de vista. Una vez considerada la Investigación del problema, reflexionaremos sobre el momento de “Proyección de deseos y valores” desde donde podamos ver el objeto en toda su dimensión, de esta forma nos aprehendemos en el momento de **identificación de la visión**. Al estar enfocado desde un punto de vista global debemos proyectar los valores, desear una estructura propositiva.

Es por eso, que deseamos que el paciente quemado, tenga el menor porcentaje de secuelas posibles, no solo las físicas provocadas por cicatrización queloides productoras de ciertas retracciones musculares como así también amputación de miembros, sino también las secuelas psicológicas, apoyando que el paciente pueda potenciar las capacidades físicas que le restan, como así también tener su respaldo psicológico, integral para dicho apoyo. El paciente debe sentirse sano, no solo porque no deba ingresar más a un quirófano. Sino porque puede ingresar a una sociedad e integrarse sintiéndose parte de la misma.

Con una visión más específica, entramos en la etapa del **Diseño del Programas y proyecto** en sí. Es decir, en las coordenadas del deber ser, al igual que la identificación de visión, pero ahora con una mirada no tan global. Momento de concebir formas concretas y específicas de intervención sobre los problemas previamente analizados.

Teniendo en cuenta, que según el Deutsche Gessellschaft für Technische Zusammenarbeit, GTZ, Gmbhe,³³ “Se entiende por proyecto una tarea innovadora que tiene un objetivo definido, debiendo ser efectuada en un cierto período, en una zona geográfica delimitada y para un grupo de beneficiarios; solucionando de esta manera problemas específicos o mejorando una situación. La tarea principal es capacitar a las personas e instituciones participantes para que ellas puedan continuar sus labores de forma independiente y resolver por sí mismas los problemas que surjan después de concluir la fase de apoyo externo”.

Es la forma sistemática de dar respuesta a un problema. El Fin de un proyecto es una descripción de la solución a problemas de nivel superior e importancia nacional, sectorial o regional que se han diagnosticado, representa un objetivo de desarrollo que generalmente obedece a un nivel estratégico (políticas de desarrollo), es decir,

³³ http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/315_Enfoque_del_Marco_L%F3gico_EML.pdf . Según la Agencia Alemana de Cooperación Técnica para el Desarrollo define el concepto de “ Proyecto” para poder analizar las limitaciones del marco lógico.

ayuda a establecer el contexto en el cual el proyecto encaja, y describe el impacto a largo plazo al cual el proyecto, se espera, va a contribuir.

El Propósito, que denominamos identificación de la visión, describe el efecto directo (cambios de comportamiento) o resultado esperado al final del periodo de ejecución. Es el cambio que fomentará el proyecto.

El título del proyecto debe surgir directamente de la definición del Propósito. Es una hipótesis sobre lo que debiera ocurrir a consecuencia de producir y utilizar los Componentes. Se deben definir recursos, acciones y resultados para poder obtener un mejor arribo a la visión identificada.

A los recursos, que no solo son materiales, también se suman de otra índole como ser conocimientos, capacidad de convocatoria, tecnología, tácticas legales.

El resultado esperado, es el objetivo específico. Los criterios para identificar la potencialidad del proyecto, estarían dados por la potencia direccional, es decir la contribución que el proyecto puede hacer para alcanzar a la visión identificada. La factibilidad, posibilidad técnica de realización. Coherencia externa e interna, son los niveles de articulación y por último, la posibilidad política de ejecución, es decir la viabilidad.

VIII.2.2 - Menú de programación

Habiendo expuesto los conceptos de planificación, de manera específica paso por paso podemos hacer cierta descripción de una serie de conceptos, los que definirían con mayor claridad nuestro menú de programación, con el fin de modelar el proyecto

Descriptores; Explicación; Objetivos; Actividades; Resultados esperados; Recursos; Indicadores; Responsables y Periodo, todas estas variables son ineludibles.

VIII.2.2.1 - Descriptor

El descriptor, que es la dificultad de reinserción social de los pacientes secuestrados graves de injurias térmicas puede explicarse al ver como la persona dada de alta, al volver a su espacio habitual, ese espacio que antes del accidente le era familiar, se siente distinto, observado. No se siente sano, siente cierta discriminación familiar, social y laboral.

Por otro lado, desde la institución que tuvo la función de curarlo, están establecidas las quemaduras, como patología aguda, producida por un accidente, por tal motivo, al externar al paciente no hay un seguimiento suficiente Institucional del paciente.

VIII.2.2.2 - Explicación

Hay dos factores culturales, uno social y otro institucional que son respectivamente el Valor cultural de la estética y el Modelo médico hegemónico, son dos determinantes sociales suficientemente fuertes, como para influir en la relación social del paciente.

La problemática funcional, del espacio singular: Se siente distinto, observado y No se siente sano, encontrarían contención en este proceso rehabilitatorio, pudiendo tener cierta confianza para poder dispersarlos

En el plano particular: “La discriminación familiar, social” y en la geno estructura: “No hay seguimiento Institucional del paciente” Encontraría, alguna solución esta problemática, ya que algunas acciones de rehabilitación social, podría incorporar a la familia y al núcleo social más cercano. En el plano geno estructural, la institución acompañaría y el procedimiento de ayudar a “sanar” se extendería más allá de un quirófano.

Las problemáticas del espacio General, escapan a las acciones que la rehabilitación institucional lleva a cabo. Solo se lograría, con campañas mediáticas, ya que son procesos culturales a nivel de población general o a nivel de la profesión médica donde el modelo biologicista, da un contexto donde se cierra la participación interdisciplinaria fomentando al modelo médico hegemónico, el que centra la total curación en un quirófano.

VIII.2.2.3 - Objetivos

Para llevar a cabo este programa, habría que desarrollar varios objetivos

El objetivo principal es el armado de una red de redes.

Para lo cual habrá que cumplir una serie de objetivos secundarios tales como:

- Informar en el hospital, la realización del mismo, para que se incorporen los profesionales interesados.
- Nombrar profesionales faltantes, entre ellos, un antropólogo, o sociólogo para tener una mirada social, por fuera de lo biologicista.
- Formación de este grupo de profesionales, formando un equipo interdisciplinario.

- Estudiar el armado de un equipo formador de profesionales, para poder dar respuesta a pacientes que viven alejados del Hospital de Quemados. Trasladándose a diferentes centros de atención, contactándose con diversos profesionales locales para dar respuesta. Por este motivo, es necesario dar comienzo precozmente, en paralelo al proceso de curación, en su etapa final.

VIII.2.2.4 - Actividades

Una vez armado el equipo interdisciplinario de rehabilitación de pacientes con secuelas de graves quemaduras, se debería iniciar una serie de acciones. Se iniciarían mientras el individuo que sufrió la quemadura, aún se encuentra internado. De este modo, se aprovecharía el clima de confianza y contención que se genera en ese limitado mundo contenedor para el paciente.

Entre el equipo tratante se daría una continuidad, entre el proceso de atención hospitalaria y un nuevo proceso que se iniciaría luego del alta hospitalaria. En la proximidad de la externación, una de las primeras acciones sería estudiar las limitaciones que encontrará el paciente, al retornar a su medio natural. Estas pueden ser de índole motora o de inserción social.

Teniendo en cuenta todos estos conceptos, estamos en condición de presentar la formación de un equipo de trabajo, formado principalmente, por psicólogos y terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales y sumando a esta red al Servicio de Kinesiología.

Nos detendremos en una de las disciplinas, que no tienen actividad actualmente en el Hospital de Quemados, la terapia ocupacional. Un buen terapeuta ocupacional debe ser ingenioso habilidoso didáctico y tolerante, debe mostrar al sujeto afectado como desenvolverse cuando sus condiciones físicas y/o psíquicas no son las óptimas. Enseñan a vivir con lo que falta y ser los más autónomos posibles. La pasión por la corrección debe ser aún más extremadas que otras especialidades médicas.

En caso de vivir alejado, en otro municipio, se podría crear un pequeño grupo ambulante, que capacite a los profesionales y técnicos necesarios y este evaluando sus funcionamientos mediante un seguimiento, ya sea virtual o en forma periódica personal, viendo los progresos que el paciente va logrando y asesorando al equipo local, no solo en conocimientos sino en equipamientos. Es decir, es necesaria una red con los Centros de Salud, asesorándolos.

VIII.3 - RED como respuesta

Una red es una propuesta metodológica.

La misma nos da la oportunidad de pensar como una poliarquía, un organismo complejo llevado a cabo por diversas personas. Cada uno de los nodos componentes de una red, los que están interrelacionados entre sí, tiene la oportunidad de planificar un objetivo en común, con unidad de propósito, sin por ello perder la autonomía de decisión.

Es de suma importancia, pensarnos desde donde partimos y a quien recurrimos para el armado de una red. Lo que le pasa al sujeto secuelado debe estar relacionado con la estructura que debe abordar un servicio. Teniendo en cuenta, que la diversidad de conflictos a los que se enfrentan los pacientes quemados con secuelas importantes, para incluirse en la sociedad, son de tal magnitud y de una variedad evidente de complejidades, una red sería una propuesta como para dar cierta resolución.

Primero, vamos a plantear, el porqué es considerable que una red puede sernos de utilidad.

La unidad elemental de un vínculo, es la relación entre sujetos, y casualmente, esa es la ruptura que por uno u otro motivo no permite a estos pacientes integrarse a la sociedad. La mayoría de sus redes, sean formales o informales, se encuentran alteradas.

El paciente sale del hospital, luego de un tiempo prolongado de internación y se encuentra con una diversa serie de conflictos y sin contención institucional alguna. La diversidad de inconvenientes es tal, que es indispensable buscar en la Interdisciplina algún tipo de respuesta. Esto complementaría a las soluciones que, hasta ese momento, se le han brindado al paciente en su periodo de internación hospitalaria. Las que, en líneas generales, responden al Modelo Médico Hegemónico donde el núcleo central es el campo biologicista.

La democratización de la planificación y la toma de decisiones es imprescindible para cierta ruptura del mencionado modelo, por lo cual, la participación del sujeto usuario es prioritaria, ya que son las necesidades del mismo lo que origina la creación de esta herramienta. El propósito de la organización es contribuir a que los objetivos sean significativos lo que se logrará a medida que la ciudadanía y los derechos de los pacientes quemados con secuelas, sean al menos, dignos.

¿Quiénes deberían ser parte de esta red?

En función de la escucha otorgada a un grupo de pacientes, vemos que sus necesidades, responden a diversos órdenes. Por lo que tal vez la solución sería una red de redes en sí.

Dentro del área psicológica, nos encontramos con la problemática referida a las relaciones, ya sean laborales, familiares, sociales e incluso de pareja. También existe un porcentaje de pacientes que se auto agreden y retornan al sitio que no los logró contener. Como también algunos casos de violencia de género, donde muchas veces regresan a la misma convivencia problemática, cuando no se realizan las denuncias correspondientes, muchas veces por no tener donde habitar. Mucho de los aportes que esta disciplina puede llegar a otorgar, fueron expresados en la encuesta que se realizó a una psicóloga en las entrevistas a informantes claves.

También está el área de los trabajadores sociales, donde diversos inconvenientes se presentan en los pacientes recién dados de alta. Convengamos que se encuentran meses internados en una institución, donde se sienten protegidos y de pronto, pasan a un tremendo sentimiento de abandono y soledad. La “hospitalitis” se transforma en una grave protección, pero en el interior del hospital, el aspecto es aceptable y se sabe que afuera espera miradas de que actúan como un espejo de una imagen deplorable. En esos precisos momentos, cuando solo ven el encierro y el aislamiento como única solución, se enfrentan a diversos problemas que van desde los conflictos de vivienda, cuando esta resulta incendiada, o reponer su documentación, como así también los casos de violencia de género que implican algo más que la denuncia, cuando esta se realiza, como por ejemplo el contacto con las Unidades Fiscales de Instrucciones. Asimismo, la mayoría de las veces, si la relación de trabajo no está dentro de los parámetros legales, es común que este tipo de pacientes, al estar meses internados, pierdan su fuente laboral, por lo que la labor de esta red es importante para resolver este tipo de conflictos en las condiciones que el paciente pueda responder, según el tipo de secuela.... La práctica realizada por los trabajadores sociales, se puede ir complementando con los profesionales de los diversos municipios, que, al poder estar conectados con el Servicio del hospital, ejercerían una función más directa con los pacientes más distantes, generando descentralización y horizontalización. También en esta situación, contamos con lo expresado por dos trabajadoras sociales en las entrevistas a informantes claves.

Después del alta hospitalaria es necesario en los pacientes que han curado con grandes porcentajes de cicatrices diseminadas y retractiles, en su cuerpo, sigan un programa intensivo de ejercicios activos y pasivos, así como de estiramientos y

presión local, para conservar la función articular y restaurar de forma paulatina el movimiento y las capacidades físicas a él asociadas.

Los objetivos de la kinesiología son: Impedir la contractura; Conservar el movimiento articular y Conservar el tono muscular.

Por último, también podemos completar con una red de terapeutas ocupacionales. Teniendo en cuenta que la TO es una disciplina socio sanitaria que valora la capacidad de la persona para desempeñarse en la vida cotidiana e interviene cuando esta capacidad se halla en riesgo o dañada. Una vez detectadas las destrezas, habilidades como así también los déficits, producto de las quemaduras, se debe elaborar un plan de tratamiento desde TO con el fin de mantener las áreas y componentes del desempeño ocupacional que estaban presentes y recuperar las que estaban en riesgo o dañadas mediante un programa de ejercicios y actividades lúdicos plásticas individuales y grupales. Empleando un enfoque holístico, es decir examina todas las tareas con relación a la situación donde se desenvuelve la persona, de esta manera hacen su aporte en la reintroducción del paciente en ámbito laboral y escolar.

En una etapa previa a la externación los terapeutas ocupacionales pueden considerar la disfunción ocupacional de las personas que se encuentran hospitalizadas en la Sala Intermedia del Hospital de Quemados y focalizar en la falta de participación activa en actividades básicas de la vida diaria y gestión y mantenimiento de la salud.

Cabe mencionar que esta actividad profesional no se desarrolla en el Hospital de Quemados, por lo que se adjuntará la LEY N° 27051.- Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional- (Ver anexo 2)

Como se ve, este debería ser un trabajo armónico realizado por diversos profesionales. Encontrando una verdadera Interdisciplina, redes intrainstitucionales

Si bien algunas de estos conflictos a veces se resuelven por los servicios que están funcionando en el Hospital, en el periodo en que los pacientes se encuentran internados, son muchos más los no resueltos con lo que el desamparo suele ser notorio.

Es necesario la formación de alguna comisión coordinadora que tenga, un vínculo personalizado con el paciente, un contacto con el paciente y sus necesidades las que puedan ser transmitida al interior de la red para dar la contención necesaria resolviendo, en la medida de lo posible, las diversas situaciones... Estas personas

deberían tener referentes en cada uno de las unidades organizacionales, Servicios de Salud Mental, Trabajadores Sociales y Terapistas ocupacionales, los que a su vez corresponderían que tengan contactos con los diversos profesionales o entidades que de las respuestas específicas. Estas entidades pueden ser oficinas Públicas, las que sería conveniente que tengan algún miembro como referente de la red, conociendo los objetivos, para poder transmitirlo al interior de la misma, manteniendo una verdadera Autonomía de equipos. Ejemplo de ello, son las, UFI (Unidades fiscales de Instrucción) que se suponen que se crearon para el área de salud mental, cada poder judicial tiene y se supone también abordan conflictos de violencia de género.

Esta propuesta tiene la fortaleza de ser abierta ya que permite un análisis crítico por medio de la evaluación de los distintos puntales estructurales, es decir, cada uno de los nodos formadores de esta red, tiene un determinado alcance, que puede evaluar con un particular criterio. Esa autonomía en su accionar no implica que periódicamente, la comisión coordinadora, presente informes de las diversas situaciones resueltas generando motivación y autoestima, necesaria para una mayor eficacia y productividad. Ya que no todos los miembros de la red podrán brindar siempre sus servicios, de esta forma, saben que están en un tipo de organización que continuamente está colaborando en la resolución de diversos conflictos.

Con esto estamos seguros de poder lograr una construcción de sujetos con ciudadanía, que puedan hacer uso de los derechos y vivir con el mayor grado posible de dignidad.

IX - Epílogo

Los pacientes quemados son un problema de salud pública a nivel mundial tanto por su mortalidad como por su morbilidad. Siendo esta última interpretada en discapacidad. Según datos de Organización Mundial de la Salud en 2002 hubo 320.000 muertes por quemaduras en el mundo³⁴. De acuerdo a la Asociación Americana de Quemaduras, que lleva el registro de 70 centros de quemados de Estados Unidos de Norteamérica en su base de datos, entre el 2000 y 2010 hubo 148.000 egresos hospitalarios por quemaduras, 5.540 muertes y un gasto aproximado por tratamiento de pacientes quemados de 1.000 millones de dólares al año³⁵.

Esta serie de cifras, nos indican que estamos frente a una problemática de la Salud Pública, que es resuelta en diferentes países, según su Sistema de Salud.

Es necesario repasar el recorrido realizado hasta acá. Hemos observado la realidad en el Hospital de Quemados Dr. Umberto Illia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tanto cuantitativamente, también analizamos las características socio culturales de la población estudiada como así también las características en cuanto a etiología y distribución de la injuria térmica. Vimos en un estudio cualitativo, la implicancia en las subjetividades de algunos pacientes, y de algunos profesionales como informantes claves. En función de lo observado hicimos un proyecto No son propuestas excéntricas, raras o inalcanzables, sino todo lo contrario. En su mayoría son Servicios que ya vienen cumpliendo ciertos tipos de trabajo con los pacientes internados. Es solo un cambio de actitud, es enfocar el problema con otra lente y valorar algo que no se está teniendo en cuenta, que es la rehabilitación y el cuidado que precisa el paciente secueado.

Solo es cuestión de tratar de hacer un poco más fácil, lo que de por sí, es difícil. Si bien la soledad del sufrimiento, no se puede compartir, pero se puede acompañar en una serie de actividades que hacen más llevadera.

El grado de dificultad, viene dado, entre otras cosas por la variedad de conflictos que puede verse cercado, el listado es largo, problemas laborales, dificultades de

³⁴ World Health Organization. Fact sheet about burns 2010. <http://www.who.int/topics/burns/en/>, Consultado en noviembre de 2011.

³⁵ American Burn Association. National Burn Repository 2011 Report. DatasetVersion 7.0. <http://www.ameriburn.org/2011NBRAAnnualReport.pdf> Consultado en enero de 2012, 2011.

vivienda ya sea por haber sido deteriorada por causa del accidente, si fue un incendio, o por poseer ciertas dificultades de adaptación al nuevo cuerpo.

Puede también tener dificultades de violencia de género, o algún otro tipo de violencia que haya sido motivo de agresión o de autoagresión, con lo que no se puede enviar al paciente al mismo sitio, pero con otro grado de mayor fragilidad producto de sus secuelas.

Problemas laborales, problemas de documentación dañada en el accidente, en fin, son innumerables los procesos dificultosos al que se ve expuesto el paciente, en esta nueva etapa de su vida con una vulnerabilidad extra.

Cabe cuestionarse:

¿Puede un hospital especializado no atender la rehabilitación integral del paciente?

¿Se estudia en las escuelas de medicina la rehabilitación, con el mismo acento que las unidades de aprendizaje más biologicista?

La secuela posquemadura, son definidas por las escuelas biologicistas como toda aquella alteración objetiva, funcional, morfológica o estética, y a toda aquella alteración subjetiva (molestias, tiranteses, prurito) directamente relacionada con la lesión sufrida por la quemadura, cuando esta haya finalizado su capacidad de evolución hacia la curación.

Las secuelas posquemadura verdaderas, no son lesiones producidas directamente por la quemadura, sino que son variaciones morfológicas estables, como secuela posterior y definitiva de la curación de dicha quemadura. A lo que hay que sumarle los trastornos de salud mental y conflictos sociales, producto de un daño, que no solo quema la piel.

A esta altura, se da por finalizado el compromiso, una promesa entre dos demandantes. Ambos esperan un beneficio, uno el investigador y el otro la certeza. Ese objeto certeza, no puede por sí mismo establecer los frutos esperados y es función del investigador interpretarlo, debe “hacerlo hablar” para de esta forma afianzar la evolución del mismo. Con la esperanza de haber encontrado alguno de los caminos posibles para la transformación de ese objeto con el simple sentido de aportar una leve mejoría a un sufrimiento callado.

Por último, quiero finalizar este trabajo con el artículo primero de la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 1 Propósito

“El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”

X - Anexos

X.1 - LEY N° 153.LEY BÁSICA DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES-

Buenos Aires, 25 de febrero de 1999.

Artículo 3°.- Definición. La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

- a. La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.
- b. El desarrollo de una cultura de la salud, así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- c. La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.
- d. La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.
- e. La cobertura universal de la población;
- f. El gasto público en salud como una inversión social prioritaria;
- g. La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones
- h. El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.
- i. La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel;

j. La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;

k. El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

l. La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana.

Artículo 4°.- Derechos. Enumeración. Son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención:

a. El respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural;

b. La inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden;

c. La intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad;

d. El acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso;

e. Inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba;

f. Libre elección de profesional y de efector en la medida en que exista la posibilidad;

g. Un profesional que sea el principal comunicador con la persona, cuando intervenga un equipo de salud;

h. Solicitud por el profesional actuante de su consentimiento informado, previo a la realización de estudios y tratamientos;

i. Simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas.

j. Solicitud por el profesional actuante de consentimiento previo y fehaciente para ser parte de actividades docentes o de investigación;

k. Internación conjunta madre-niño;

l. En el caso de enfermedades terminales, atención que preserve la mejor calidad de vida hasta su fallecimiento;

m. Acceso a vías de reclamo, quejas, sugerencias y propuestas habilitadas en el servicio en que se asiste y en instancias superiores;

n. Ejercicio de los derechos reproductivos, incluyendo el acceso a la información, educación, métodos y prestaciones que los garanticen;

o. En caso de urgencia, a recibir los primeros auxilios en el efector más cercano, perteneciente a cualquiera de los subsectores.

X.2 - Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional

LEY N° 27051. –

Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional-Sanción: 03/12/2014; Promulgada de Hecho: 23/12/2014; Boletín Oficial 09/01/2015.

Art. 2°. - A los efectos de la presente ley se considera ejercicio profesional de la terapia ocupacional, en función de los títulos obtenidos y de las respectivas incumbencias, el análisis, evaluación, aplicación, investigación y supervisión de teorías, métodos, técnicas y procedimientos en las que se implementen como recurso de intervención saludable las actividades y ocupaciones que realizan las personas y comunidades en su vida cotidiana.

Quedan comprendidas dentro de las mismas las actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social.

También se considera ejercicio profesional de la terapia ocupacional la docencia de grado y posgrado, como las que se apliquen a actividades de índole sanitaria, social, educativa comunitaria y jurídico - pericial propia de los conocimientos específicos.

Art. 3°.- A los efectos de la presente ley se entiende por:

- a) Actividades de la vida diaria: las orientadas al cuidado de sí mismo, como alimentación, higiene y vestido;
- b) Actividades instrumentales de la vida diaria: las de apoyo a la vida cotidiana en la casa y en la comunidad, que incluyen la movilidad comunitaria, manejo del dinero y elaboración de alimentos, entre otras;
- c) Ocupaciones productivas: son las actividades necesarias para participar en un empleo formal, informal, protegido y de voluntariado.

Art. 4°. - El terapeuta ocupacional, terapeuta ocupacional o licenciado en terapia ocupacional podrá ejercer su actividad profesional en forma autónoma o integrando equipos específicos interdisciplinarios o transdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios.

Art. 8°. - Los terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales o licenciados en terapia ocupacional están habilitados para las siguientes actividades:

- a) Realizar acciones de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas y comunidades a través del estudio e instrumentación de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo, básicas instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;
- b) Realizar entrenamiento con técnicas específicas de las destrezas necesarias propias de las actividades y ocupaciones de cuidado de sí mismo básicas, instrumentales, educativas, productivas y de tiempo libre;
- c) Participar en la elaboración, implementación y evaluación de planes, programas y proyectos de desarrollo comunitario que impliquen la instrumentación de actividades y ocupaciones como recursos de integración personal, educacional, social y laboral;
- d) Diseñar, evaluar y aplicar métodos y técnicas para la recuperación y mantenimiento de las capacidades funcionales biopsicosociales de las personas;
- e) Detectar y evaluar precozmente disfunciones en el desarrollo del lactante y niño, y realizar intervención temprana;
- f) Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas con riesgo ambiental, y efectuar promoción y prevención de disfunciones ocupacionales;

- g) Evaluar la capacidad funcional biopsicosocial de las personas, y efectuar tratamiento de las disfunciones ocupacionales como medio de integración personal, laboral, educativa y social;
- h) Participar en el diseño, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos destinados a evaluar, prevenir y tratar enfermedades de la población;
- i) Participar en la evaluación, diseño y confección de ayudas técnicas y de tecnología de asistencia y capacitar, asesorar y entrenar en el uso de las mismas;
- j) Participar, asesorar, capacitar y entrenar en el uso de equipamiento protésico para la ejecución funcional de las actividades y ocupaciones enunciadas;
- k) Asesorar a personas con necesidades especiales, a su familia e instituciones en lo referente a la autonomía personal y social a fin de promover su integración y mejorar su calidad de vida;
- l) Realizar arbitrajes y peritajes judiciales para evaluar la capacidad funcional y desempeño ocupacional de las personas;
- m) Realizar estudios e investigaciones dentro del ámbito de sus incumbencias;
- n) Planificar, organizar, dirigir, monitorear y participar en programas docentes, carreras de grado y posgrado de terapeutas ocupacionales, terapeutas ocupacionales y licenciados en terapia ocupacional;
- ñ) Planificar, organizar, dirigir, evaluar y ejercer otros cargos y funciones en servicios de terapia ocupacional en instituciones y unidades de tratamiento públicas o privadas;
- o) Participar en la definición de políticas de su área y en la formulación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de planes y programas de salud, y sociales dentro del ámbito de sus incumbencias.

Art. 14.- Son derechos de los terapeutas ocupacionales o terapeutas ocupacionales o licenciados en terapia ocupacional, los siguientes:

- a) Ejercer su profesión de conformidad con lo establecido en el marco de la presente ley y su reglamentación asumiendo las responsabilidades;
- b) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño a la persona;

- c) Contar con adecuadas garantías que faciliten el cumplimiento de la obligación de actualización y capacitación permanente cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia pública o privada;
- d) Percibir honorarios, aranceles y salarios que hagan a su dignidad profesional;
- e) Contar con las medidas de prevención y protección de su salud en su ámbito laboral;
- f) Formar parte de los planteles de profesionales del sistema de salud público, educativo, comunitario, de la seguridad social, de medicina privada, prepagas y mutuales;
- g) Acordar honorarios y aranceles con obras sociales, prepagas, mutuales y otras, de manera individual o a través de sus colegios profesionales, asociaciones civiles y federaciones según corresponda en cada jurisdicción;
- h) Integrar tribunales que entiendan en concursos y selecciones internas para la cobertura de cargos de terapeutas ocupacionales o terapistas ocupacionales o licenciados en terapia ocupacional;
- i) Realizar acciones de divulgación, promoción y docencia e impartir conocimientos sobre terapia ocupacional a nivel individual, grupal o comunitario;
- j) Ocupar cargos docentes y jerárquicos en universidades, en instituciones de salud u otras afines a sus incumbencias profesionales.

XI - Bibliografía:

- Aletta de Sylvas G. [et al.] Monstruos y monstruosidades: perspectivas disciplinarias IV; 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, 2016.
- Allué M. "Perder la piel" Ed. Planeta Barcelona -2004
- Asti Vera,A – Metodología de la Investigación -5° Edición Editorial Kapeluz – Buenos Aires -1973.
- Armijo M. Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público - Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) -2005.
- Breilh J.- La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano - Salud colectiva v.6 n.1 Lanús ene./abr. 2010.
- Calderón C - "Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: Apuntes para un debate necesario" – Revista española de salud pública Vol. 76, N° 5 Ministerio de sanidad y consumo – España, 2002.
- Carballido J. "Estética, Salud, Discriminación y Sociedad" Editorial Akadia – 2015.
- Chiarenza D; Santiago del Estero – Belém Porá Una vida, Un destino Ramón Carrillo – Edición del autor – 2010.
- Cornejo M – Salas N, "Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa." Psicoperspectiva, vol. 10 N°2, 2011
- Eco U – Como se hace una tesis - Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura. Ed Gedisa -2014.
- Eco.U. - Historia de la fealdad. Ed. LUMEN.2007.
- Foucault M. los anormales"Ed Fondo de cultura económica – 2000.
- Granda Ugalde E. La Salud y la Vida Organización Panamericana de la Salud – 2009.
- Guber R. El salvaje metropolitano Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo PAIDÓS Buenos Aires- Barcelona- México.
- Guglielmetti P. – La Gestión de la Capacitación de las Organizaciones - Pautas metodológicas -Ministerio de Salud, Lima, 1996.
- Klein N. No Logo El poder de las marcas. Ed. Paidos – Buenos Aires -2002.

- López-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Ávila M. Desarrollo histórico de la Epidemiología, su formación como disciplina científica. Salud Pública México – 2000.
- Lorente J. A. – A. Esteban – “Cuidados Intensivos del paciente Quemado” Editorial Springer-Verlag Ibérica Barcelona – 1998.
- Maglio F – “La dignidad del otro” Editorial Zorzal -2011.
- Menéndez E. “Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y mercado de saberes” Cuaderno de Antropología social N° 13, pp.9-51, 2001.
- Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.
- Moreno A -Altamirano, C.D., M. en C., Sergio López-Moreno, M.C., Alexánder Corcho-Berdugo, M.C -Principales medidas en epidemiología –Salud Pública de México – 2000.
- Ortégón E, Pacheco J, Prieto A - Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas - Publicación de las Naciones Unidas CEPAL -2015.
- Palacios A;Bariffi F- La discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con discapacidad. Ediciones Cinca – 2007.
- Portas M; Abordaje de las quemaduras radiológicas, Revista de la Asociación de profesionales del Hospital de Quemados; N°1 pag.25, Julio 2002
- Robert Beaglehole, Ruth Bonita, TordKjellström Epidemiología Básica – Organización Panamericana de la Salud – 2003.
- Rovere M – “Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud” – Organización Panamericana de la Salud – 2006.
- Sacchetti L. –Rovere M; Surgimiento de la Enfermería Moderna Mitos Victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género (Bs.As. 2011) p21
- Samaja J. Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina – Lugar editorial – 2014.
- Sousa Minayo, MC –La artesanía de la investigación cualitativa – 1° edición- Lugar editorial- Buenos Aires – 2009.
- Taylor SJ, Bogdan R Introducción a los métodos cualitativos de investigación, la búsqueda de significados - - 2°Edición Editorial Paidós –Buenos Aires – 2002
- Trigueros Guardiola, JasoneMondragon Lasagabaster –Serrano Lopez MT – “Trabajador Social. Temario Para la Preparación de Oposiciones”- Editorial Mad, S.L.Segunda edición – 2001.

- Vignolo J, Vacaerzza M, Alvarez C, Sosa A- Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud- Arch Med Interna; XXXIII (1):11-14 11 Prensa Médica Latinoamericana. 2011 ISSN 0250-3816 - Uruguay - .
 - Viviana Cuevas, - Relatos de Integración –“Perspectivas psicoanalíticas sobre el devenir de los procesos de integración” - Editorial Letra Viva, 2011.
-